

188

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 31 janvier 1901 à 1 heure

PAR

MARTIN

DE LA RÉCIDIVE

DANS LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Président M. LE DENTU, *Professeur.*

GUYON, *Professeur.*

Juges MM. } ALBARRAN, *Agrégé.*
FAURE, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 31 janvier 1901 à 1 heure

PAR

MARTIN

DE LA RÉCIDIVE

DANS LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Président M. LE DENTU, *Professeur.*

Juges MM. { GUYON, *Professeur.*
ALBARRAN, *Agrégé.*
FAURE, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26.

1901

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeur-honoraire	M. POTAIN.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	BRISSAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	DEBOVE.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	
	JOFFROY.
Clinique chirurgicale	RAYMOND
	TERRIER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	PINARD.
	BUDIN.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ces dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

PRÉFACE

En terminant nos études et à la fin de cette thèse qui en est comme la dernière étape, ce n'est pas sans un certain plaisir que nous trouvons ici l'occasion de remercier les maîtres éminents qui par leurs leçons et par leurs conseils ont eu la bonté de s'intéresser à nous pour nous faciliter notre tâche.

Nous remercions tout d'abord nos premiers maîtres de la faculté de Lyon, MM. les professeurs Laroyenne, Poncet, Gailleton ; M. le professeur agrégé Vinay, médecin des hôpitaux de Lyon, dont nous avons eu l'avantage de suivre autrefois régulièrement les services en qualité d'externe.

Nous sommes heureux également d'exprimer notre reconnaissance à M. le professeur Le Dentu pour la bienveillance avec laquelle il a bien voulu consentir à présider la soutenance de cette courte thèse.

Monsieur Morestin, chirurgien des hôpitaux de Paris a eu la bonté de nous donner le sujet de ce travail, plus tard il nous a indiqué des modifications à faire au plan primitif que nous avons exécutées avec grand profit. De

son accueil et de son amabilité nous garderons un souvenir que le temps et la distance n'effaceront point.

Enfin nous serions le premier à nous taxer nous-même d'ingratitude si nous ne remercions ici notre vieil ami le Docteur Aroud de toute la peine qu'il s'est donnée pour nous aider dans la partie la plus ardue de ce travail qui n'en est pas la moins importante.

Paris 17 janvier 1901.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

La grossesse extra-utérine est une affection fort rare ; certaines statistiques donnent un cas de grossesse ectopique pour 10.000 grossesses utérines ; il semblerait donc à première vue qu'une femme, après une première grossesse anormale, puisse penser avoir payé sa part à la fatalité et n'avoir jamais de récurrence. Il n'en est rien cependant et le fait, bien que rare, n'en a pas moins été observé plusieurs fois.

Puech (*Gaz. obstét.* 1879, n° 21) a écrit le premier travail sur ce sujet, il forme notre observation I, et s'il faut l'en croire, le cas le plus ancien aurait été relaté par Albucasis, médecin arabe vivant au XIII^e siècle.

Depuis, Schuhl (1883) fit un article.

Roquet (en 1892) fit sa thèse sur le diagnostic et le traitement de la grossesse ectopique récidivée, il réunit une douzaine d'observations.

Abel (1893) et Toiro Forstrom (1897) rapportent chacun un cas.

Enfin M. Varnier, à la suite de la très belle observation qu'il présenta à la Société d'obstétrique, de

gynécologie et de pædiatrie, séance du 5 octobre 1900, et dans laquelle on peut suivre l'évolution de l'affection au jour le jour, a déclaré « qu'aux 8 observations réunies par Puech et reprises par Schuhl, aux 10 cas relevés par Abel, aux 9 recueillis par Toiro Forstrom, il a pu joindre 42 observations nouvelles, ce qui donne un total de 69 récides de grossesse ectopique. »

Ces 42 observations malheureusement n'ont pas encore été publiées et nous n'avons pu par conséquent en profiter.

Mais après avoir lu et étudié les différentes observations et les différents travaux que nous avons cités, nous avons essayé de les résumer dans une étude d'ensemble sur la récide dans la grossesse ectopique, en évitant d'insister sur le diagnostic et le traitement qui ont fait le sujet de la thèse de Roquet (Paris, 1892, n° 171).

De plus nous reproduisons :

1° L'observation de Puech, la première en date et dans laquelle se trouvent résumés ou simplement cités tous les cas antérieurs connus.

2° Une observation de Lawson-Tait parue dans le *British. med. Journal*, mai 1888, très intéressante par ce fait que la première grossesse extra-utérine et la récide sont séparées par une grossesse utérine absolument normale.

3° Une observation de Kletsh (*American Jour. of obstetr.* 1888, page 521) avec la discussion. La malade fut traitée par les courants faradiques qui amenèrent la mort du fœtus et guérit. Néanmoins, malgré ce résultat

et bien que l'observation date de 13 ans, il fut admis après la discussion que la laparotomie est le véritable traitement de la grossesse ectopique.

4° Une observation de Boileux (reproduite dans la thèse de Roquet, Paris 1892). Les deux grossesses extra-utérines se suivirent de si près que l'intervention pour la première se passa le 19 avril, pour la deuxième le 17 juin de la même année.

5° Cinq observations de Strauch de Moscou, publiées dans la *Revue de gynécologie*. La troisième est surtout intéressante, parce que, comme dans l'observation de Lawson-Tait, on trouve une grossesse normale avec enfant vivant entre la première grossesse ectopique et la récédive.

6° Une observation de Moreau. Grossesse ectopique double, l'un des fœtus était bien conformé, l'autre anencéphale.

7° Trois observations que nous avons traduites et qui ont paru dans le *Medical News* de 1900 : deux de Philander Harris et un cas de John Morfit rapporté dans le n° du 2 juin. Ce dernier cas est fort curieux car la récédive se fit dans le moignon de la trompe qui avait été le siège de la première grossesse et qui avait été amputée par le même chirurgien.

8° Enfin la partie clinique de l'observation de M. Varrier présentée le 5 octobre 1900 à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie.

A la suite de cette observation remarquable, M. Var-
nier, d'après l'étude de différentes statistiques, conclut
à 1 cas de récurrence de grossesse ectopique pour deux
cas de grossesse utérine après une première grossesse
extra-utérine, et il pose la question suivante :

« Etant donné la fréquence de la récurrence, n'y a-t-il
pas lieu, lors d'une première coeliotomie pour grossesse
ectopique, de songer à un traitement prophylactique,
par exemple à l'examen et à l'extirpation des annexes
du côté opposé *lorsqu'elles sont jugées aptes à la réci-
dive ? Quels sont les signes de cette aptitude ? »*

Nous nous garderons bien d'essayer de résoudre cette
question nous-même, nous n'avons pas un assez grand
nombre d'observations pour le faire.

Néanmoins nous constatons que dans nos observa-
tions, deux fois une grossesse à terme s'est présentée
entre la première grossesse extra-utérine et la seconde.
D'autre part il ne suffirait pas d'enlever les annexes du
côté opposé seulement quand elles paraîtraient aptes à la
récurrence pour l'éviter, puisque dans l'observation de Morfit
cette récurrence se fait dans le moignon de la première
trompe amputée. Il est vrai que ce dernier cas doit être
fort rare, nous croyons même qu'il est unique dans la
science et c'est une des raisons qui nous ont fait tra-
duire l'observation pour la rapporter in-extenso.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sans entrer dans l'étude des conditions et du mécanisme suivant lesquels l'ovule est transporté de l'ovaire, glande nourricière, dans la trompe, et dans l'étude de sa rencontre avec le spermatozoïde, on peut dire qu'il est admis d'une façon générale que l'ovule normalement fécondé dans le tiers externe de la trompe, parfois sur l'ovaire même, peut se greffer pour son développement en divers points de la zone génitale et constituer ainsi autant de variétés de grossesses.

1° L'ovule fécondé à travers l'orifice d'éclosion de la vésicule de de Graaf reste dans l'ovaire et produit une grossesse ovarique. Nous n'avons pas d'exemple de grossesse ainsi localisée dans nos observations ; c'est d'ailleurs une variété extrêmement rare, au point qu'elle a été contestée.

2° L'ovule fécondé tombe de l'ovaire dans le péritoine, en général dans la fossette rétro-ovarienne de la cavité de Douglas. C'est la grossesse péritonéale ou abdominale. Nous en avons un certain nombre de cas. Ce sont ceux d'Etienne Maniald de l'observation de Puech ;

les deux de Gabriel King cités dans la même observation ; les deux cas de fœtus rendus par l'anus de l'observation de Galiay (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1837, p. 243).

3° L'ovule fécondé en passant de l'ovaire dans la trompe s'arrête au niveau du pavillon et forme en ce point le kyste fœtal. Dans ce cas on a une grossesse tubo-ovarique. Les grossesses extra-utérines de cette variété sont probablement assez fréquentes puisque nous la rencontrons quatre fois dans nos observations et, fait curieux, deux fois chez la même femme.

Haydon (*Transact. obst. Soc. London*, 1863, p. 280) en relate un cas. Moreau constate la première grossesse extra-utérine localisée dans le pavillon d'une trompe, la récurrence chez la même femme dans le pavillon du côté opposé. Dans l'observation de Ph. Harris, la récurrence, dans son premier cas, se fait dans le pavillon de la trompe du côté droit.

4° L'ovule après être sorti de l'ovaire et avoir franchi le pavillon peut s'implanter dans les différents segments de la trompe. Le plus souvent, c'est dans la partie médiane, quelquefois dans le tiers externe. C'est ainsi que dans les cinq observations de Strauch on trouve la localisation du kyste fœtal dans la trompe, tantôt du côté droit, tantôt du côté gauche, une fois même il a pu être localisé de façon très précise dans le tiers externe de la trompe droite, c'est dans la récurrence de la cinquième de ses observations.

5° L'ovule traverse la trompe dans presque toute son étendue, mais il s'arrête dans la partie du tube annexiel

compris dans l'épaisseur de l'utérus, c'est alors la grossesse tubaire interstitielle. Nous en avons un cas, celui de Lawson-Tait.

Si l'ovule arrive à franchir la trompe complètement, il se fixe dans l'utérus, et alors on a une grossesse utérine, normale ou non, suivant le point de l'utérus où l'ovule va se greffer.

Mais dans la récurrence de la grossesse extra-utérine, il ne faut pas pour faire la localisation du kyste fœtal se baser uniquement sur la localisation de la première grossesse. C'est ainsi que dans l'observation de Morfit, on voit que le chirurgien qui se croyait sûr d'avoir privé la patiente de ses annexes du côté droit de façon complète, ayant diagnostiqué une seconde grossesse tubaire, se dirigea immédiatement après la laparotomie à la découverte des annexes gauches qu'il soupçonnait seules de pouvoir être le siège du mal ; mais quel ne fut pas son étonnement de constater que le kyste fœtal se trouvait dans le moignon de la première trompe amputée ! De même Harris, résumant l'observation de son premier cas de grossesse extra-utérine répétée chez la même femme, pense que la première grossesse et la seconde eurent lieu toutes les deux du même côté ; l'une dans le pavillon, l'autre dans la trompe ; de plus il cite le cas de Taylor de Birmingham : deux grossesses dans la trompe droite.

Quoiqu'il en soit et quelque soit le point d'implantation de l'ovule dans la zone péri-utérine, le développement de l'œuf se fait suivant les lois qui président à

la formation et à la maturation du produit de la conception dans les grossesses utérines ordinaires.

Le fœtus qui peut se développer jusqu'à terme dans certains cas, périt en général dans le cours de la grossesse, et alors commence la période de rétention. Cette période, d'après ce que Lawson-Tait déclare dans l'observation que nous rapportons, est toujours très brève quand le kyste fœtal se rompt dans la cavité péritonéale ; au contraire lorsque la rupture a lieu dans le ligament large, la vie du fœtus est plus longue.

De toute façon, serait-ce à terme, la grossesse extra-utérine se termine par la mort de la mère, par une intervention du chirurgien ou par la conservation du fœtus à l'état de corps étranger.

Les deux premières hypothèses étant écartées, que va devenir le fœtus mort, ainsi retenu dans les annexes ou dans le péritoine maternels ?

Tantôt le fœtus, très jeune, disparaît, et on ne trouve plus que l'amnios et le cordon, le fœtus a été résorbé par sa mère, c'est la *dissolution*.

Tantôt le fœtus se conserve, suivant l'expression d'Auvard, comme une pièce anatomique dans l'alcool. C'est la *conservation intégrale*.

Le fœtus, dans les mêmes conditions et sans qu'on sache pourquoi, se dessèche, se jaunit, et Depaul a pu avec justesse le comparer dans cet état à un bonhomme de pain d'épice : c'est la *momification*.

Les parties molles du fœtus dégénérées sont infiltrées de sels de chaux, il est pétrifié et prend alors le nom de lithopœdion : *Lithopœdisation*.

L'air a pénétré jusqu'au fœtus, avec lui des germes infectants, il se putréfie. La putréfaction expose la mère à tous les dangers de la septicémie : *putréfaction*.

Du côté de l'utérus les modifications sont analogues à celles de la grossesse normale. Elles sont cependant moins accusées.

Du côté des trompes il n'y a bien entendu des modifications que dans la trompe gravide.

Celle-ci se transforme en kyste fœtal. Elle est hypertrophiée et distendue proportionnellement à l'âge de la grossesse. Rapidement d'après Lawson-Tait, elle serait le siège d'une rupture qu'il appelle rupture primaire. Après cette rupture dont le mécanisme est discuté, le kyste serait formé en partie par la trompe, et au niveau de la solution de continuité, le cylindre kystique serait complété par des fausses membranes péritonéales produits d'irritation de la séreuse. Pour d'autres auteurs parmi lesquels il faut citer Auvard, cette rupture ne serait pas nécessaire et la trompe peut se distendre assez pour permettre au produit de la gestation d'acquieser son plein développement. Mais le plus souvent sinon toujours, la trompe venant à se rompre à un moment donné, l'œuf, accompagné d'une plus ou moins grande quantité de sang, s'échappe dans le péritoine et dans le ligament large. Cette hémorrhagie se traduit par les manifestations extérieures que nous étudions au chapitre des symptômes. Ces accidents étant conjurés ou disparaissant d'eux-mêmes, ce qui est plus rare, l'œuf dans son nouveau gîte continue son développe-

ment pour former une grossesse intra-ligamentaire ou péritonéale secondaire en quelque sorte.

L'œuf s'entoure de ses membranes comme dans la cavité utérine. C'est ainsi que dans le péritoine, la vascularisation sanguine se développe au point de fixation et la séreuse se transforme en muqueuse utérine de la gestation. Toutefois il n'y a pas formation de caduque, les membranes de l'œuf ou plutôt le chorion sont directement en contact avec les surfaces péritonéales des organes voisins. L'irritation de la séreuse détermine la formation de fausses membranes qui complètent la paroi kystique.

Dans les autres points où nous avons vu que l'ovule pouvait venir se loger, les choses se passent de façon analogue, c'est pourquoi nous n'y insisterons pas, d'autant plus que toutes nos observations se rapportent à des grossesses tubaires ou péritonéales. Mais nous avons tenu à rappeler ces faits parce que l'étude de ces néoformations est non seulement intéressante en elle-même, mais elle peut encore avoir une importance immédiate pour fixer dans certains cas le diagnostic d'une façon absolue. C'est ainsi que certains chirurgiens, après l'intervention, ont pu affirmer que leur diagnostic était exact malgré l'absence de toute partie fœtale, grâce à la découverte de villosités choriales dans la trompe enlevée. C'était bien là en effet une vérification absolue de leur diagnostic.

CAUSES DE RÉCIDIVE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Les facteurs de la récurrence sont de même nature que ceux de la première attaque et partant ne sont pas mieux connus.

M. Ribemont-Dessaignes dit simplement :

« Quelques-unes (de ces causes) admises autrefois : émotions morales, frayeur vive au moment du coït, doivent être rejetées.

« D'une manière générale tout obstacle à la migration de l'ovule de l'ovaire dans l'utérus peut déterminer la production d'une grossesse extra-utérine.

« Tantôt l'ovule ne quitte pas la vésicule de de Graaf, soit parce que la solution de continuité n'est pas suffisante, soit parce que l'ovule n'est pas entraîné.

« D'autres fois l'ovule sorti de l'ovaire tombe dans le péritoine et devient le point de départ d'une grossesse abdominale proprement dite.

« Toute disposition congénitale ou acquise dans la po-

sition anatomique de la trompe peut empêcher la migration normale de l'ovule fécondé.

« Tantôt le pavillon de la trompe dévié par les brides péritonéales ne s'applique pas bien sur l'ovaire au moment de la ponte ovulaire ; tantôt l'œuf après être rentré dans la trompe en ressort par l'orifice d'un pavillon accessoire.

« Les tumeurs de voisinage (tumeurs abdominales ou tumeurs fibreuses utérines, etc.) peuvent modifier la forme, la direction et même oblitérer le canal de la trompe, de telle sorte que l'ovule ne peut pas pénétrer dans l'utérus, et cependant il peut être fécondé soit directement soit par un spermatozoïde venu du côté opposé.

« Enfin la grossesse ectopique peut reconnaître comme cause une bifurcation de la trompe dont l'un des conduits vient s'aboucher au niveau de l'orifice interne du col ; l'ovule peut s'arrêter dans le second conduit ; ou bien même il existe une imperforation congénitale de la trompe.

« Dans des cas plus rares la grossesse extra-utérine résulte d'une solution de continuité de l'utérus, par exemple à la suite d'une opération ovarienne ; ou bien l'utérus étant enlevé, la fécondation a néanmoins lieu : témoin le fait de grossesse extra-utérine consécutive à une hystérectomie pour corps fibreux (Kœberlé).

« Quand une fistule persiste après l'ablation de l'utérus alors que les ovaires ont été conservés, ou pourra observer cette grossesse extra-utérine. »

M. Auvard est encore plus bref :

« Toute cause capable de diminuer le calibre de la trompe, soit intra-pariétale (catarrhe), soit pariétale (rétrécissement), soit extra-pariétale (brides péritonéales, tumeurs des annexes, malformations de la trompe), pourra amener l'arrêt de l'ovule fécondé et le développement d'une grossesse tubaire. »

Nous avons étudié avec soin toutes nos observations à la recherche de ces malformations de l'appareil génital congénitales ou acquises ; nous avons recherché dans les antécédents des malades des indices capables de nous faire supposer des altérations de la trompe et de l'ovaire ou de l'utérus et nous avons été frappé de constater que les malades n'avaient pour ainsi dire pas de passé abdominal.

Il est vrai que dans la plupart des observations nous avons été surpris du peu de détails que leurs auteurs donnent sur le passé des malades ; beaucoup même ne donnent pas leur âge ou ne prennent pas la peine de dire si la malade a un passé pathologique.

Néanmoins il semble que toutes ces femmes se portaient fort bien avant l'affection du moment.

Une seule, celle de l'observation de Morfit, avait des pertes blanches, et le chirurgien américain s'empresse de nous dire que cet écoulement ne contenait pas de gonocoques mais seulement des microbes ordinaires de la suppuration.

La syphilis héréditaire, génératrice bien connue de malformations génitales, ou même la syphilis acquise

ne sont notées par aucun des observateurs. Malgré les fausses couches fréquentes (le sujet de la troisième observation de Strauch, à l'âge de 26 ans, en avait eu quatre), jamais le traitement spécifique, seul indice probant, n'a été administré.

Dans un seul cas on trouve une trompe infantile de l'espèce si bien décrite par Freund. Dans ce cas, il est vrai, celui de Frommel, cette anomalie semble bien avoir été la véritable cause de la fausse gestation. (*Th. Roquet*, Paris 1892. Obs. X).

Les produits inflammatoires laissés après la première grossesse peuvent être une cause très importante de la récurrence. Nous le constatons dans plusieurs de nos observations.

L'âge de la mère est insignifiant ; les grossesses ectopiques surviennent dans la première jeunesse et dans l'âge mûr ; dans l'observation de Puech la malade a 42 ans, dans celle de Moreau 32 ans, dans celle de Boileux 18.

Nous sommes donc amené à nous ranger à l'opinion de Paquy (*Th. de Paris* 1897), « qui montre que, dans un grand nombre de cas, la grossesse tubaire s'est présentée chez des femmes n'ayant pas de passé génital pathologique ; l'examen histologique a en outre montré que les trompes, dans les faits de cet ordre, étaient modifiées par la gravidité, mais non altérées primitivement ; la grossesse tubaire se développerait donc dans des trompes saines ; c'est-à-dire que l'étiologie est loin d'être encore élucidée. »

Cependant en constatant le grand nombre de fausses

couches que l'on rencontre dans l'histoire des femmes objets de ces observations, fausses couches placées quelquefois entre les deux grossesses tubaires; en réfléchissant au cas de Morfit, dans lequel la seconde grossesse tubaire se fit dans le moignon cicatrisé de la trompe enlevée, siège de la première grossesse ectopique, alors que la trompe et l'ovaire du côté opposé étaient restés sains, on est amené à penser avec Strauch de Moscou, que chez ces femmes qui ne présentent pas d'altérations anatomiques primitives, il y a des anomalies physiologiques dans la migration de l'ovule. Ces anomalies sont d'autant plus difficiles à expliquer que le grand nombre de théories actuellement proposées pour expliquer la marche normale de l'ovule montrent que ce point de physiologie, comme tant d'autres, est encore loin d'être définitivement élucidé.

SYMPTOMES DE LA GROSSESSE EXTRA- UTÉRINE RÉCIDIVÉE

La description de la grossesse extra-utérine peut se diviser en trois parties correspondant aux trois périodes de l'affection :

1^{re} partie : période d'incertitude ;

2^e partie : période de certitude ;

3^e partie : période de rétention ;

4^o Nous étudierons enfin les accidents de la grossesse ectopique : l'hématocèle, et les accidents infectieux.

PREMIÈRE PÉRIODE (*Période d'incertitude*).

Dans la première période, à peu près toujours antérieure au diagnostic et même toujours, d'après Lawson-Tait, la grossesse ectopique est à peu près une véritable grossesse. Il y a des modifications des seins, du système nerveux, du système digestif, enfin et surtout du côté de l'utérus comme dans la grossesse normale.

Mais les symptômes cardinaux après l'arrêt des règles

sont : la douleur et l'hémorrhagie. Ces deux symptômes sont à peu près constants.

La douleur siège en général du côté de la grossesse ectopique, mais très souvent elle est mal localisée par les malades. Cette douleur survient par crises que les patientes comparent à des coliques extrêmement vives. Elles sont accompagnées d'un état nauséux et souvent suivies de vomissements ou terminées par une syncope. Dans l'intervalle des crises les malades gardent l'abdomen fort sensible, mais souvent sont fort bien, comme cette femme de l'observation Philander Harris qui, dans l'intervalle de deux crises, pouvait travailler dans son jardin ; comme celle de M. Varnier qui faisait 50 kilomètres en voiture pour se promener et sans y être obligée.

A ce symptôme fort important il faut joindre l'hémorrhagie vaginale.

Les pertes de la grossesse ectopique ont été bien étudiées par M. Muret dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* de l'année dernière. Nous le citons textuellement :

« Les pertes dans la grossesse tubaire ne sont jamais très considérables, dit-il ; peu abondantes mais continuelles ; ni leur intensité, ni leur durée ne suffisent à expliquer l'état d'anémie des malades ; tandis que l'avortement utérin est accompagné de pertes beaucoup plus considérables avec caillots, l'expulsion de la caduque utérine a lieu sans hémorrhagie. »

Si à ce moment de la grossesse ectopique, avant l'héma-

tocèle ou l'avortement tubaire, on fait l'examen du système génital de la malade, on constate que le col utérin, dévié tantôt en avant, tantôt latéralement, présente les modifications qui accompagnent en général la grossesse, c'est-à-dire, dans sa forme, dans sa situation, dans son volume, dans sa consistance. Nous ne nous étendrons point sur ces différentes modifications.

Le corps de l'utérus augmente de volume sensiblement et il est dévié latéralement du côté opposé à la trompe, siège de la fécondation ; mais souvent cette déviation n'existe pas, surtout dans les cas de grossesse interstitielle. Comme dans la grossesse normale, l'utérus est augmenté de volume, mais si on demande à la malade depuis combien de temps ses règles ne sont pas venues, on constate que les dimensions de l'utérus sont en général trop petites pour l'âge de la grossesse présumée. Souvent le fond de l'utérus est très sensible au palper, il y en a un cas dans nos observations.

Dans le territoire péri-utérin, l'observateur découvre en général, dès que la grossesse est un peu ancienne, une tumeur indépendante de l'utérus. Cette tumeur, souvent remarquée d'abord par la malade, indique d'une façon presque sûre avec les autres symptômes sus-énumérés la nature et le siège précis de l'affection. Dans l'observation de Philander Harris, il est noté que la malade vit à un moment donné cette tumeur, sur laquelle son attention depuis longtemps était en éveil, se développer avec rapidité entre deux crises douloureuses. Peu après le chirurgien devait intervenir pour une hémorrhagie abdominale à grand fracas.

Mais la plupart du temps cette tumeur péri-utérine ne survient que lorsque le produit de la conception est déjà assez avancé en âge pour présenter un volume assez considérable, ou lorsqu'une première hémorrhagie enkystée a déjà donné des symptômes caractéristiques. A ce moment on en est à la deuxième période.

DEUXIÈME PÉRIODE (*Période de certitude*).

Le fœtus suffisamment développé donne des signes de certitude analogues à ceux de la grossesse normale, à savoir : le ballottement abdominal, le ballottement vaginal, les bruits du cœur fœtal, M. Auvar d dit même les bruits occasionnés par les mouvements du fœtus. Il est bien entendu que par le toucher vaginal on ne peut sentir le fœtus à travers le col aminci, comme il arrive dans les grossesses normales.

Les autres signes sont analogues à ceux décrits dans la première période avec les différences occasionnées par l'accroissement du produit de la conception.

Vers le terme de la grossesse, avant ou après la mort du fœtus, surviennent des douleurs très différentes des douleurs éprouvées jusque-là par la malade. Ce sont des douleurs expulsives, absolument analogues à celles de l'accouchement, à la suite desquelles se produit une expulsion de la caduque. Cette expulsion se fait normalement comme à la suite de l'accouchement, ou au contraire dure une huitaine de jours et peut être prise pour des caillots ou ignorée de la malade et de son entourage.

M. Muret dit à ce propos :

« Elle (la caduque) est expulsée quelquefois sous la forme d'une membrane épaisse moulant la cavité de l'utérus, d'autres fois en petits fragments qui peuvent échapper à l'observateur; enfin il me paraît probable que la caduque peut être expulsée sous forme de véritables lochies, c'est-à-dire de façon qu'on ne puisse plus la reconnaître comme telle. »

Le fœtus est mort, il n'est pas survenu d'accidents, la gestation est finie, le produit de la conception n'ayant pas d'issue hors de l'organisme, la troisième période commence.

TROISIÈME PÉRIODE (*Période de rétention*).

Pendant cette période le produit de la conception passe à l'état de corps étranger; il cesse d'être physiologiquement un fœtus et les phénomènes de la grossesse diminuent et disparaissent avec la cause qui leur avait donné naissance.

La tumeur péri-utérine diminue grâce à la diminution du kyste fœtal; l'utérus reprend son siège, ses dimensions et ses caractères normaux, les mamelles diminuent, quelquefois après avoir produit une sécrétion lactée. Les douleurs et les hémorrhagies peuvent également diminuer et disparaître; enfin tout rentre dans l'ordre, comme dans le cas de cette femme de 42 ans citée par Puech dans notre première observation, « qui, devenue enceinte pour la treizième fois, éprouva à terme les douleurs, mais n'accoucha point. Nonobstant elle se

rétablit mais garda un gros ventre. Dix-huit mois plus tard elle eut avec les maux de l'enfantement une perte qui dura plusieurs jours. » Cette femme mourut à 75 ans et on trouva deux fœtus dans son péritoine.

ACCIDENTS DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Mais il est bien rare que la grossesse extra-utérine évolue ainsi d'un bout à l'autre et rarement la malade en est quitte à si bon compte.

En effet, la plupart du temps, surviennent dans les quatre premiers mois des accidents qui sont de deux ordres : 1° Accidents d'hémorrhagie dus à la rupture du kyste fœtal; 2° accidents de péritonite dus à l'irritation ou à l'infection du péritoine.

1° *Hématocèle.*

Dans les cas de ruptures du kyste fœtal, la laparotomie semble de plus en plus obligatoire; elle a été pratiquée dans toutes nos observations récentes terminées par la guérison.

M. Muret, dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, donne une fort belle description des manifestations morbides devant lesquelles le chirurgien se trouve alors en présence.

« Au cours des laparotomies, dit-il, auxquelles donnent lieu les accidents des premiers mois de la grossesse tubaire, deux ordres de faits bien différents : tantôt on

se trouve en présence d'un épanchement considérable de sang répandu dans toute la cavité abdominale et surtout dans la cavité pelvienne; tantôt on se trouve en face d'une tumeur sanguine enkystée, d'une hématocele plus ou moins volumineuse qui remplit en totalité ou en partie seulement le petit bassin.

« A ces deux ordres de faits correspond un syndrome clinique bien différent : dans l'un, c'est la scène foudroyante, cataclysmique, l'anémie aiguë, soudaine, subite, avec tout son cortège de symptômes très graves; c'est la femme qui saigne et dont l'état devient toujours plus menaçant; c'est pour le médecin l'indication claire et immédiate d'intervenir et d'arrêter coûte que coûte une hémorrhagie interne mortelle. Dans l'autre, c'est encore un accès de faiblesse, mais bien moins violent, bien moins prononcé; c'est un accès ou ce sont des accès qui, loin de s'aggraver, s'améliorent volontiers rapidement.

« A ces deux grandes classes de symptômes correspondent, grosso modo, au point de vue étiologique, deux classes de phénomènes pathologiques : c'est d'une part la rupture de la trompe gravidique qui donne lieu à l'hémorrhagie intra-péritonéale libre, et de l'autre c'est l'avortement tubaire, dans lequel l'orifice de la trompe intacte laisse passer dans la cavité péritonéale l'œuf en totalité ou en partie avec l'épanchement de sang qui en accompagne le décollement et qui va former une hématocele. »

Dans l'un et l'autre cas la malade, à la suite de la douleur tubaire causée par la rupture de la trompe,

perd connaissance ou à peu près. Le facies devient extrêmement pâle, les muqueuses sont décolorées, ce qui lui donne l'aspect d'un masque de cire.

Les extrémités se refroidissent et le pouls devient de plus en plus faible et dépressible; dans plusieurs de nos observations, le chirurgien note qu'il n'est plus perceptible à la radiale. Suivant la loi de Maret le cœur moins chargé bat plus vite, aussi le pouls devient-il de plus en plus rapide, monte à 130 et plus, quelquefois on ne peut plus le compter.

Ce syndrome clinique se décompose en symptômes d'anémie aiguë véritable dus à la perte de sang épanché, et symptômes de shock dus à la douleur et à la réaction péritonéale. C'est la raison pour laquelle il convient de faire à ce moment une piqûre de morphine; si le pouls redevient meilleur, si l'état de la malade paraît moins grave, c'est la preuve que l'hémorrhagie n'est pas très considérable, et l'on peut préparer à loisir l'intervention. « Si, au contraire, l'état de la malade reste stationnaire après la piqûre, il faut hâter l'intervention, car l'hémorrhagie est considérable et le pronostic sombre. Si même le pouls reste très petit, filiforme, il ne faut ni transporter la malade, ni conseiller l'expectation, mais opérer à domicile si les circonstances extérieures ne sont pas trop défavorables.

En dehors de ces symptômes dus à l'hémorrhagie, d'autres peuvent apparaître, seuls ou accompagnant les symptômes de l'hémorrhagie, et qui sont ceux de la péritonite.

Celle-ci peut être localisée ou généralisée.

Localisée, elle est consécutive à l'irritation du péritoine par le kyste fœtal ; généralisée, à la rupture de ce même kyste.

Ces symptômes sont exactement les mêmes que ceux des péritonites ordinaires et comme nos observations ne nous présentent aucun exemple de cette complication, nous n'insisterons pas sur sa description.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la grossesse extra-utérine est très difficile dans la première période. Lawson-Tait dit même qu'il est impossible avant l'apparition des accidents dus à la rupture du kyste foetal. Bien que cette opinion soit exagérée, puisque des grossesses récidivées ont été diagnostiquées d'une façon hâtive comme celle de l'observation de Boileux, néanmoins, elle donne une idée de la difficulté du problème.

On devra alors s'appuyer sur les différents symptômes que nous avons étudiés plus haut :

- 1° Les vomissements ;
- 2° Gonflement des seins, sécrétion lactée (colostrum) ;
- 3° Suppression des règles ;
- 4° Pigmentation (masque, ligne blanche) ;
- 5° Troubles nerveux, etc.

Il faudra examiner l'utérus avec soin, bien interroger la malade, surtout lorsqu'elle a l'expérience d'une première grossesse ectopique, sur les caractères de la dou-

eur qui est rémittente, arrive par crises avec intervalles de bien-être, localisée dans l'hypochondre siège du mal et irradiée dans la cuisse du même côté.

Les métrorrhagies, peu abondantes mais continues ou à peu près, sans odeur, avec de petits caillots souvent précédés de douleurs expulsives, ont une grande importance.

De même, il conviendra de rechercher tout ce qui dans ces caillots ou ce sang pourrait ressembler à des débris de caduque; on conçoit l'immense importance de ce symptôme malheureusement inconstant, si l'on en croit Muret.

Dès que la tumeur péri-utérine apparaît, dès qu'on a pu l'isoler nettement de l'utérus, on aura dans cette masse élastique, rénitente avec battements artériels à la surface et sur le pédicule, dans sa situation au-dessus et en arrière de l'ovaire, un précieux indice.

Mais si les signes de certitude n'ont pas encore apparu, si les signes de probabilité sont peu nets, si les douleurs peu vives sont expliquées par les règles douloureuses d'habitude, alors le diagnostic déjà très difficile devient presque impossible et il faudra procéder par élimination.

Est-on en présence d'une hématocele, d'un pyo-salpinx, d'un hématome de la trompe, d'un kyste de l'ovaire, d'un fibrome utérin ?

Mais l'hématocele n'a pas comme la grossesse extra-utérine une marche lente et torpide, ce diagnostic ne sera donc à faire qu'au moment de la rupture du kyste fœtal, et alors même le diagnostic ne sera pas à faire

dans un grand nombre de cas, car le chirurgien sera bien alors en effet en présence d'une véritable hémato-cèle produite par la rupture de la trompe ou par la sortie de l'œuf par le pavillon accompagné d'une grande quantité de sang. Si celui-ci s'enkyste dans le Douglas ou dans le ligament large, l'hématocèle est formée; si au contraire il se répand avec une rapidité torrentielle dans le petit bassin et dans tout le péritoine, l'affaiblissement extrême et la grande rapidité du pouls sur lequel l'injection de morphine n'aura aucune influence, la pâleur de la malade, son état syncopal prolongé, le refroidissement de ses extrémités, l'abaissement de la température feront faire le diagnostic. D'ailleurs une erreur de diagnostic dans les cas limite n'aurait pas une importance vitale pour la patiente puisque dans les deux cas l'opération s'impose.

Les symptômes de grossesse n'existent pas : on ne constate qu'une tumeur ; est-ce un pyo-salpinx ?

Cette affection ne survient qu'à la suite d'un accouchement, de la septicémie, après un trouble de la menstruation, chez une tuberculeuse ou surtout, dans la très grande majorité des cas, à la suite de la blennorrhagie. Souvent on retrouve dans ces cas un écoulement purulent à la vulve car la blennorrhagie guérit peu chez la femme ; il faudra en faire l'examen microscopique. L'état général de la malade est souvent mauvais, il y a de la température vespérale souvent. Enfin la tumeur, douloureuse au palper, est dure, elle présente un contour moins régulier que le kyste fœtal, surtout elle n'offre

pas de battement et en général fait corps d'une façon plus intime avec l'utérus.

Le diagnostic est encore plus facile avec un kyste de l'ovaire (antécédents commémoratifs, absence de douleurs irradiées à l'aîne, troubles peu marqués de la menstruation, forte rénitence de la poche, marche plus lente).

FIBROME UTÉRIN

Le diagnostic est souvent très difficile. Il faudra se baser :

A) Sur les caractères de la tumeur : 1° Son siège. Les fibromes font presque toujours corps avec l'utérus, ces tumeurs pédiculées sont rares ; 2° sa consistance. Le fibrome est dur, ne se laisse pas déprimer par la palpation et la rénitence du kyste foetal est un bon symptôme pour le diagnostic ; 3° son volume. Dès que la tumeur prend un volume considérable, le diagnostic se fait de lui-même, car une grossesse extra-utérine, déterminant une tumeur volumineuse, est en âge de donner des symptômes de certitude.

B) Sur les caractères de la douleur et des métrorrhagies qui sont fort différents dans les deux cas.

C) Enfin lorsque l'on est bien sûr d'avoir sous la main un utérus vide on peut pratiquer le décollement d'un fragment de la muqueuse suivant le conseil de M. Boisleux, et le microscope tranchera définitivement la question.

La période de rétention du foetus s'accompagne tou-

jours d'un signe pathognomonique : l'expulsion d'une caduque entière ou en lambeaux toujours précédée de douleurs dans le côté et d'hémorrhagies dues au décollement du placenta. La tumeur avant de diminuer, augmente de volume grâce à cet écoulement de sang.

Si, après ces phénomènes, il y a encore des doutes dans l'esprit du médecin sur la nature de l'affection, il pourra, après s'être entouré de renseignements démontrant, par l'âge de la grossesse, par les dimensions de l'utérus, que celui-ci est vide, il pourra proposer un curettage de la cavité utérine ; s'il trouve des cellules déciduales, il y a sûrement un œuf. Ce procédé n'offrirait pas la perspective de dangers véritables pour la malade.

Mais à la suite d'accidents d'hémorrhagie le chirurgien a été obligé d'intervenir, il a les pièces en main et cependant le diagnostic est encore en suspens. Avait-on à faire à un simple hématome de la trompe ou à une véritable grossesse extra-utérine ? Dans ce cas il faudra faire le diagnostic histologique.

Nous l'empruntons à la thèse de Roquet :

« Keller (*Centralblatt für gyn.* p. 801, n° 46) a fait l'examen microscopique de la tumeur dans plusieurs cas et a trouvé des villosités choriales plus ou moins nettes et plus ou moins typiques. De la présence de ces villosités et des cellules déciduales il conclut à la grossesse tubaire.

Orthmann de Dusseldorf de l'examen de dix pièces donne les conclusions suivantes :

1° Quand on rencontre dans l'intérieur d'une trompe un caillot solide, organisé, on peut presque à coup sûr conclure à l'existence d'une grossesse tubaire ;

2° L'hématocèle intra-péritonéale provient ou de la rupture du sac foetal ou bien d'un avortement de l'œuf par le pavillon.

3° La présence de cellules déciduales dans la trompe n'est pas une condition indispensable au diagnostic de la grossesse extra-utérine ;

4° On trouve toujours des villosités choriales dans les premiers mois : elles sont dans tous les cas de grossesse extra-utérine constants mais en quantité variable. Quant aux cellules déciduales, elles manquent 8 fois sur 10.

Dans l'intérieur de ces villosités, on retrouve de chaque côté un épithélium cubique très caractéristique et en dehors, des cellules fusiformes. Selon lui, l'absence des cellules déciduales serait due à la compression exercée par le caillot : elles seront d'autant plus rares que la compression se sera exercée plus longtemps. On les trouve au point d'implantation de l'œuf.

TRAITEMENT

Roquet dans sa thèse en 1892, thèse à laquelle nous avons emprunté une grande partie de ce qui suit, comptait cinq méthodes de traitement de la grossesse extra-utérine.

Ces cinq méthodes sont les suivantes :

- 1° Electrisations ;
- 2° Ponction du kyste ;
- 3° Injection de morphine ;
- 4° Laparotomie ;
- 5° Elytrotomie.

Actuellement l'expérience a fait une sélection entre ces différentes méthodes et on peut dire que les trois premières, malgré les beaux résultats obtenus jadis, ne sont plus citées qu'au point de vue historique.

Deux méthodes subsistent seulement : la laparotomie et l'élytrotomie.

La laparotomie, faite dans les premiers mois et avant la rupture, offre toutes les chances de guérison.

Dès le diagnostic posé, il faut opérer sans retard,

sans attendre la rupture qui pourrait enlever les malades en quelques heures.

Dans le cas où le fœtus est mort, l'expectation est permise (cas de momification) mais sans trop compter sur le mode de la terminaison.

Dans la seconde moitié de la grossesse, la laparotomie sera faite, soit avant, soit après la rupture du sac, le fœtus vivant, ou bien étant mort depuis peu, si, par un examen minutieux, on s'est assuré que le placenta ne s'insère pas sur la paroi abdominale. S'il en était ainsi, c'est à l'élytrotomie qu'il faudrait avoir recours.

M. Maygrier, dans sa thèse d'agrégation (Paris 1886), dit que l'insertion sur la paroi abdominale, se rencontre une fois sur cinq : les cas de laparotomie seront donc beaucoup plus fréquents.

La laparotomie indiquée, faut-il, enlever le sac complètement ou extraire le fœtus après l'incision de la poche ?

Quand le sac est libre d'adhérences et qu'il présente un pédicule, il est préférable de lier le pédicule et de faire l'extirpation totale ; s'il ne présente que quelques adhérences avec la paroi ou les intestins, on peut soit les déchirer soit les sectionner suivant leur importance : naturellement cette conduite serait préférable, dans ces conditions, même dans le cas de fœtus vivant.

Le plus souvent le kyste adhère à la paroi abdominale et on pénètre d'emblée dans la cavité du sac.

Faut-il extraire le placenta de suite ou en attendre l'expulsion spontanée ? Le procédé de Martin pourra être employé toutes les fois que le placenta ne s'insère

pas sur l'intestin, car alors il serait difficile de passer l'aiguille sans blesser le viscère. Quand l'insertion se fait sur la paroi même du kyste, on perfore la base du placenta en plusieurs endroits et on limite ainsi des segments qu'on pourra, après avoir serré les fils, sectionner sans hémorrhagie.

Si au contraire on laisse le placenta s'expulser tout seul, il faut craindre l'hémorrhagie, car il n'y a pas ici comme dans l'utérus des fibres musculaires, péri-vasculaires pour aider à l'oblitération de la lumière vasculaire et favoriser les caillots.

Que deviendra le sac ?

M. Maygrier écrit qu'il faudra suturer le sac à la paroi de l'abdomen après l'extraction du fœtus, si cela n'a pas été déjà fait au début de l'opération.

Martin résèque tout ce qu'il peut du sac, suture entre elles les parties qui restent et draine par le Douglas. Cette méthode est peut-être préférable : car pourquoi laisser une poche qui peut devenir une source d'infection à un moment donné et qui de toutes façons formera des brides fibreuses qui exerceront sans cesse des tractions sur la matrice et le ligament large, laissant la femme sous la menace continuelle d'une déchirure, d'une hématocele, d'une pelvi-péritonite, et qui sait ? d'une obstruction intestinale éventuelle (Rocquet).

En cas d'hémorrhagie en nappe, on bourrera la cavité de tampons retenus par des pinces ou des fils passant par la plaie abdominate dont on pourra laisser la partie inférieure ouverte, et les enlever au bout de vingt-quatre heures quand le drain ne donnera plus de sang.

ELYTROTOMIE (Th. Roquet).

L'élytrotomie a été préconisée par Baudelocque, elle a eu pour partisans Velpeau, Gardien, Buruss et Maygrier dans sa thèse d'agrégation semble lui accorder la préférence sur la laparotomie. La crainte de blesser le péritoine entre pour beaucoup dans cette préférence, et aussi la facilité avec laquelle le drainage peut s'effectuer. Ce ne serait pourtant pas deux raisons suffisantes pour vouloir faire de l'élytrotomie le traitement absolu de la grossesse extra-utérine : car avec des précautions antiseptiques, la blessure du péritoine peut se faire sans danger et toute laparotomie pour grossesse extra-utérine doit, selon nous, être accompagnée du drainage du cul-de-sac du Douglas. Il y a pourtant une condition très bien indiquée par Maygrier dans son livre, qui doit faire préférer l'élytrotomie à toute autre manœuvre, c'est la situation du kyste dans l'excavation, le placenta s'insérant sur la paroi abdominale. En dehors de cette disposition particulière du sac fœtal, et Maygrier nous apprend qu'on la rencontre une fois sur cinq, il faudra proscrire l'élytrotomie, du moins du vivant du fœtus, pour la raison majeure qu'il serait presque impossible d'arrêter l'hémorrhagie si elle venait à se produire. Quand le fœtus est mort depuis longtemps, que la circulation placentaire a cessé, et que le placenta lui-même a pour ainsi dire disparu, tant il est atrophié, il n'y a pas de contre-indications à pratiquer l'élytrotomie, et le choix pourra être laissé à l'opérateur. Si la poche con-

tient du pus, l'incision vaginale devra être pratiquée. On la fera suivre du drainage et, s'il y a menace de septicémie, l'irrigation continue, selon la méthode du professeur Pinard, donnera les meilleurs résultats.

Les cas dans lesquels l'élytrotomie a été pratiquée ont été consignés dans la thèse de Maygrier. Ils donnent comme résultats trois guérisons, sur quatre cas dans la première moitié de la grossesse, deux guérisons sur quatre dans la deuxième moitié, sept guérisons sur douze cas, pendant la période de rétention du fœtus mort.

C'est, on le voit, une bonne moyenne, puisque près des $\frac{2}{3}$ des opérations se sont terminées par la guérison.

Quand il y a indication, c'est-à-dire quand le kyste contient du pus, quand il est situé très bas dans l'excavation et que le placenta s'insère sur l'abdomen, on retirera un certain avantage de la méthode, pourvu qu'on ait soin de ne pas chercher à décoller le placenta (si le fœtus est vivant ou mort depuis peu) et qu'on fasse une antiseptie rigoureuse et le drainage de la cavité. On attendra l'élimination spontanée du placenta et la rétraction de la poche qui se résorbera à la longue.

Quand le fœtus est mort depuis longtemps, qu'il est macéré, il n'y a pas d'inconvénient à vider entièrement la poche de son contenu, fœtus et placenta.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

PUECH. *Gaz. obstét.* 1879, n° 21.

Les grossesses extra-utérines sont susceptibles de répétition ; seulement, à raison de la rareté plus grande du phénomène et de la mortalité considérable qu'il entraîne (au moins 60 0/0), les exemples qui y ont trait sont excessivement clairsemés. Il va sans dire que je n'en ai pas observé le moindre cas ; aussi, pour compléter mes recherches antérieures sur la répétition des grossesses gémellaires, j'ai dû puiser les éléments de cet article dans les annales de la littérature médicale.

A s'en référer à mes recherches, Albucasis serait le premier auteur qui en aurait recueilli un exemple. Ce médecin arabe, qui vivait au ^{xiii}^e siècle, parle du moins d'une femme qui croyait avoir fait une fausse couche lorsqu'elle devint enceinte de nouveau. Cette conception ne donna, pas plus que la première, naissance à un enfant, mais quelques mois après le terme, il se forma au nombril une tumeur, qui ayant abcédé, chassa du pus et des os. Cet événement surprit au plus haut point Albucasis, mais y réfléchissant, il arriva à conclure que c'était là les os du fœtus qui avaient été retenus dans la matrice. A la suite d'éliminations successives, la femme finit par guérir, mais elle conserva une fistule par où s'écoulait une humeur lymphatique.

Cerécit, quelque bref qu'il soit, est significatif, et le caractère utopique des grossesses successives ressort de l'élimination des

os fœtaux par l'abcès ombilical. Sans doute, cette terminaison a été quelquefois observée à la suite d'une grossesse utérine enkystée, mais dans cette hypothèse, la présence du premier fœtus eût été un obstacle absolu à la conception du second.

La seconde observation, au point de vue chronologique, est encore plus digne d'intérêt, car elle est, sauf erreur, le premier cas dans lequel la gastrotomie ait été appliquée. C'est à ce titre, un document historique d'une très grande importance, mais, vu son étendue, j'ai dû traduire en l'écourtant la relation d'Etienne Maniald, tout en regrettant de n'avoir pas les coudées plus franches, car par sa précision et son caractère scientifique elle fait le plus grand honneur au médecin de Bordeaux.

Une femme de trente ans, ayant eu sept couches, dont la dernière double, devint grosse en mars 1591. Tout marche bien d'abord, mais à terme, faux travail amenant la mort du fœtus. Revenue à la santé, elle voit les règles se rétablir et devient enceinte en mai 1594. Cette neuvième grossesse eut le sort de la précédente; au huitième mois, elle fut prise des maux et n'accoucha pas davantage.

Abandonnée à elle-même, elle est sur le point de périr, lorsqu'à la suite d'un abcès abdominal qui perce en juin 1595, il survient une accalmie. Le 2 août suivant, il sort au milieu du pus un os, et comme cette femme sait qu'il n'y a point d'os dans cette région, elle appelle à son secours le chirurgien du lieu (Gradinianum prope Burdigalum).

L'intervention de celui-ci se borna à introduire un stylet dans la cavité de l'abcès, mais un habile accoucheur dont il réclama le concours se montra à la hauteur des circonstances.

Jacques Noier ne se contenta pas de porter un diagnostic exact, mais à l'imitation de Mathias Cornax, de René Thionneau (histoire étrange d'une femme qui a porté un enfant vingt-trois mois et qui enfin a été tiré os à os. Tours 1850, in-8°), il élargit l'ouverture par une incision et à l'aide de pinces, il retira os à os le fœtus tout entier. Restait la tumeur gauche renfermant le produit de la dernière conception, mais à raison de la pâleur

et de la faiblesse de l'opérée, il en remit à plus tard l'ouverture.

C'est le 16 août que l'auteur de cette remarquable relation voit la malade, et c'est le 20 et en présence de plusieurs médecins et chirurgiens de Bordeaux nominativement désignés qu'est pratiquée la gastrotomie.

L'incision est faite sur la partie proéminente de la tumeur à l'endroit correspondant à la tête, puis le fœtus est extrait membre par membre, et la plaie résultant de l'incision est réunie par cinq points de suture. Contre toute espérance, cette seconde opération réussit et l'opérée fut rendue à sa santé première.

Ainsi donc première grossesse abdominale à droite, puis trois ans plus tard nouvelle grossesse de même nature à gauche, tel est, au point de vue qui nous occupe, le résumé de ce cas vraiment curieux. Quant au traitement adopté, il est des plus rationnels et aujourd'hui, après trois siècles, nous ne pouvons faire autre chose que de recommander cette ligne de conduite.

Les autres faits dont il nous reste à parler nous arrêteront moins pour deux raisons: la première, c'est que, pour les narrer par le menu, il faudrait sortir des limites que nous nous sommes posées; la seconde, c'est que leurs relations offrent un moindre intérêt.

Il est en effet, digne de remarque que l'opération n'a pas été réitérée dans des conditions analogues: j'ai eu beau en relever 75 spécimens, je n'en ai pas trouvé un seul dans lequel la gastrotomie ait été motivée par la répétition de la grossesse extra-utérine. Partant, on ne sera point surpris si, au lieu de les relater, je fais une brève énumération des cas appartenant à cette catégorie.

Gabriel Ring, médecin à Armagh (Irlande); a vu chez la même femme deux grossesses extra-utérines se succéder à trois ans d'intervalle. Le premier fœtus fut tiré par une ouverture faite au bas-ventre, le second fut expulsé par la voie des selles.

Une femme devenue, à 42 ans, enceinte pour la treizième fois, éprouva à terme les douleurs, mais n'accoucha point. Nonobstant, elle se rétablit, mais garda un gros ventre.

Dix-huit mois plus tard, elle eut, avec les maux de l'enfantement, une perte qui dura plusieurs jours. A sa mort, survenue à 75 ans, on trouva dans la cavité péritonéale deux tumeurs.

La plus considérable, pesant cinq livres et demie et en partie ossifiée, contenait un enfant mâle, à terme, ayant un cordon et un placenta.

La plus petite, placée sur la partie gauche de l'utérus, de la grosseur d'un œuf de poule, renfermait un fœtus « qu'on jugea d'environ deux mois ; il n'en restait que les os et on ne put reconnaître dans ce second fœtus la cause des douleurs et de la perte qui étaient survenues dix-huit mois après les premières » (Varnier et Maugin, *Journal de médecine*, 1785) (voir plus loin).

A moins de mettre en suspicion la valeur scientifique de cette autopsie, on est forcé d'admettre la légitimité de cette interprétation. En effet, si, comme dans les cas de Camerarius, de Lochpichler, de Davies, de Smith, etc., etc., les deux grossesses avaient été simultanées dans leur production, l'un et l'autre kyste fœtal serait parvenu à un degré de développement identique. Cette particularité est du moins la règle en pareille occurrence et, partant, son absence autorise conséquemment à voir dans le fait de Varnier et Maugin un nouvel exemple de grossesse répétée et où la seconde a été séparée de la première par un intervalle de dix-huit mois.

Mais, venons à des temps plus proches et examinons sans autre transition les faits publiés au XIX^e siècle.

Une jeune femme, mariée à un instituteur, fut, peu de temps après son mariage, renversée à terre par une femme du peuple. A la suite de cette émotion, le ventre se développa et la femme se crut enceinte. Parvenue au terme présumé de la grossesse, les phénomènes qui précèdent et accompagnent l'accouchement se montrèrent sans résultat ; ils cessèrent au bout de

quelque temps, et cette femme, désappointée, conserva le ventre dans tout son développement. Quelques mois plus tard, il y eut des accidents péritonitiques qui provoquèrent une réunion de sept à huit médecins : enfin, à quelque temps de là, à la suite de douleurs atroces et de ténésme anal, extraction d'un os foetal engagé dans le sphincter de l'anus. A la suite, soulagement, mais expulsion successive (1829) des os qui composent le squelette du fœtus à terme.

Cinq ans se passèrent en parfaite santé lorsque, dans le courant de 1834, elle eut un dérangement durant lequel elle eut une forte métrorrhagie.

A la suite, des menstrues ne se montrèrent plus, le ventre grossit et les mouvements fœtaux furent perçus. Bientôt les mouvements cessèrent et à peu de temps de là, des fragments de fœtus furent rendus par le fondement. Le ventre reprit son volume ordinaire et la femme revint à la santé (Galiay, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1837, p. 243).

Voilà donc une jeune femme qui, à cinq ans d'intervalle, a présenté deux grossesses extra-utérines et qui, suivant toute probabilité, a dû à cette circonstance de devenir définitivement stérile. L'intervalle paraît avoir été le même dans le cas suivant, mais la seconde grossesse s'étant terminée par la mort, a mis à même de vérifier l'état des organes. A raison de cette circonstance, il sera exposé avec détails.

Une domestique, morte en vingt-quatre heures de la rupture d'une grossesse tubaire, s'était crue enceinte quatre ou cinq ans auparavant ; elle avait soi-disant avorté, mais n'avait pas rendu d'embryon. Elle fut à cette époque si gravement malade qu'un moment on désespéra de la sauver. Six mois avant sa mort, elle avait eu de nouveaux rapports avec l'homme qui l'avait rendue enceinte la première fois.

A l'autopsie tous les organes furent trouvés en bon état, à l'exception de l'utérus et de ses annexes.

L'utérus long de 4 pouces, large de 2, à parois relativement épaisses, est tapissé par une muqueuse qui, à la vue comme

au microscope, offre tous les éléments de la caduque de grossesse.

L'ovaire et la trompe gauche sont normaux dans leur position et leur structure.

La trompe droite, au contraire, part de l'utérus à un pouce et demi au-dessous du fond, c'est à-dire trois quarts de pouce plus bas que sa congénère ; en y comprenant le sac extra-utérin, elle a quatre pouces et demi de longueur, alors que l'autre n'a que 3 pouces.

Sac extra-utérin. — A 1 pouce et demi de l'utérus, la trompe droite forme un sac de 3 pouces et demi de diamètre qui, lorsqu'il était plein, avait une forme globulaire.

L'épaisseur des parois formées de fibres musculaires hypertrophiées est variable : près de l'utérus, elle a presque un demi-pouce, tandis qu'à la partie inférieure, où s'est produite la déchirure et par où s'est échappé le fœtus, elle est réduite à l'épaisseur d'un parchemin.

Le fœtus offre les dimensions qu'il a à trois mois ; il est contenu dans ses membranes propres, et la plus grande partie du placenta est sortie avec lui. Un caillot adhère au placenta ; il se trouvait probablement dans le sac et a dû contribuer à augmenter sa tension.

A côté de la déchirure pend une masse solide, irrégulière, du volume d'une grosse noix, fixée à l'extérieur du sac par des adhérences membraneuses qui forment un pédicule étroit. En l'examinant on y trouve un embryon très serré dans une enveloppe membraneuse. Quant à l'ovaire droit, il était le double de l'autre et était fixé au tiers moyen du sac. Il contenait un corps jaune qui avait atteint le développement correspondant à 6 mois de grossesse, à cela près que le centre était déjà rempli d'une substance blanche et que sa cavité semblait avoir eu des bords bien définis. Il était du reste fort pâle et très peu apparent. Il est probable qu'il avait été influencé par la mort du fœtus qui avait dû advenir quelque temps avant celle de la mère (Haydon. Transact. obst. Soc. London, 1863, p. 280).

L'étude minutieuse qui a été faite de cette pièce par Tyler Smith et Braxson Hicks autorise à conclure que la première grossesse eut lieu à l'extrémité frangée de la trompe de Fallope, que l'embryon mourut au second mois et ne fut pas un obstacle à la seconde grossesse survenue six mois avant la mort. Dans cette dernière grossesse, l'œuf chemina jusqu'au milieu de la trompe, s'y développa jusqu'au quatrième mois, époque à laquelle il succomba. Quant à la position et à la longueur anormales de la trompe, elles étaient dues à un état congénital. Il n'est pas probable qu'il s'agisse ici d'un utérus unicorne à corne rudimentaire, d'autant que la cavité utérine était parfaitement symétrique et que les parois avaient sur l'un et l'autre bord une égale épaisseur.

Moreau (*Des grossesses extra-utérines*, Paris, 1853, p. 110) cite, d'après Oulmont, un cas curieux de grossesse extra-utérine répétée. Une femme de 31 ans, qui n'avait eu ni fausse couche ni accouchement, succomba à l'hôpital de la Salpêtrière. A l'autopsie, on constata que la mort avait été causée par la rupture d'un kyste placé dans le pavillon de la trompe droite et contenant un fœtus de trois mois. Sur le pavillon de la trompe opposée on trouva une seconde tumeur plus petite que la précédente, mais renfermant un fœtus anencéphale qui, d'après l'examen soigné de M. Oulmont, devait être le résultat d'une conception advenue quelques années auparavant (voir plus loin l'observation).

Enfin il convient de citer un fait de F. Brown (Saint-Louis, *Med. a. surg. Journ.*, mai, 1865, p. 205), relatif à une femme qui, après plusieurs avortements, conduisit une grossesse jusqu'à terme. Elle n'en fut pas plus avancée pour cela, car le fœtus était extra-utérin. Deux ans après, elle conçut de nouveau, mais à la fin du sixième mois, il se déclara un faux travail à la suite duquel le kyste s'ouvrit à travers la paroi de l'abdomen. L'orifice fut élargi et les os furent extraits.

Ce sont là les seuls cas que je connaisse, mais je me garderai de dire que ce soient les seuls qui existent. Tout ce que je puis

affirmer, c'est que les huit observations qui précèdent ont été rencontrées en dépouillant 180 cas de guérison ou de tolérance prolongée. Partout, la proportion qui en ressort (1,22) est à peu près semblable à celle qui m'a été fournie par l'étude des grossesses gémellaires (1,24).

En résumé, à l'instar des grossesses gémellaires et molaires, les grossesses extra-utérines sont susceptibles de se répéter chez la même femme. Cette éventualité est, il est vrai, loin d'être fatale, il est des femmes qui ont accouché normalement malgré l'existence d'un fœtus extra-utérin ; mais elle est néanmoins assez commune pour qu'il y ait lieu d'en tenir compte à l'occasion. Après les faits qui viennent d'être exposés, il est évident qu'une femme guérie d'une grossesse extra-utérine est exposée dans une certaine mesure à un accident du même ordre, et il est non moins évident que le médecin soigneux de sa réputation devra prévenir les personnes intéressées de la possibilité de cette éventualité. Comme cela est déjà arrivé, il pourra voir ses conseils négligés, mais il aura du moins la conscience d'avoir rempli son devoir envers l'humanité (Puech, *Gazette obstétricale* du 5 nov. 1879, n° 21).

OBSERVATION II.

LAWSON-TAIT. *Brit. med. journal*, mai 1888, t. I, p. 1001. *Sur un cas de grossesse tubaire double avec rupture du kyste.*

Le 10 mai 1885, Mme E. R..., âgée de 25 ans, m'était envoyée par MM. W. P. Withcombe, Victoria Road, Aston, en proie à des symptômes abdominaux nécessitant des soins urgents. Cette malade avait été indisposée quelque temps avant Noël ; elle pensa être enceinte, elle n'était plus réglée depuis trois mois.

En avril elle eut ses règles, et de nouveau dernièrement en mai. Dans ces derniers temps, elle se plaignit de douleurs violentes dans le bas-ventre. Quand je la vis, elle paraissait extrê-

mement malade et anémiée. Une grosse masse mal limitée, intimement liée à l'utérus, occupait le côté droit de l'organe : toute la partie supérieure du bassin était immobilisée. Il ne fut pas difficile de diagnostiquer la rupture d'un kyste fœtal tubaire.

Je fis la laparotomie le 11 mai 1884 et je trouvai le ventre rempli de caillots et de sang à demi liquide. J'enlevai la trompe droite, occupée par une grossesse d'environ trois mois et sur un point de sa surface m'apparut une légère déchirure, à travers laquelle le fœtus et le placenta étaient en partie engagés. Quelques points des organes laissant écouler le sang, furent touchés au perchlorure de fer ; j'introduisis dans la plaie un tube à drainage et la malade recouvra rapidement la santé.

Environ quinze mois après cette opération, elle fut enceinte d'un enfant qui fut accouché à terme par une sage-femme et dont l'expulsion ne présenta rien de remarquable.

Environ quinze mois après cet accouchement elle devient de nouveau enceinte, et son mari affirme que durant cette période de sa grossesse (elle croyait être enceinte d'environ 4 mois) elle ne présenta aucun symptôme notable, sinon qu'elle se plaignait de temps en temps de légères douleurs dans l'abdomen, mais ces douleurs n'étaient pas assez intenses pour qu'on eût recours à un médecin. Le seul point sur lequel elle insistât fut qu'elle *sentait l'enfant très nettement, bien plus, disait-elle, que dans aucune de ses grossesses antérieures.*

M. Withcombe fut appelé auprès d'elle dans la matinée du 9 mars ; mais comme il était absent, la malade fut examinée par son aide un peu avant 1 heure. Elle était couchée tout habillée sur le lit, les genoux repliés sur le ventre, se plaignant d'une violente douleur dans l'hypogastre. Elle était extrêmement pâle et sans pouls, et avait quelques vomissements. M. Hall apprit que, pas plus tard qu'une demi-heure auparavant, elle venait de nettoyer sa salle à manger, et qu'en se baissant elle avait été saisie d'une douleur aiguë et avait ressenti une grande faiblesse. On lui donna des stimulants, mais tous les

efforts qu'on fit pour la remettre restèrent inutiles, et la malade mourut un peu après 5 heures, évidemment d'hémorrhagie interne.

M. Withcombe fit son autopsie et fut assez aimable pour me donner les détails suivants :

Le fond de la cavité abdominale était rempli de caillots et de sang liquide; un large caillot était adhérent à une partie du placenta qui faisait saillie à travers la paroi utérine, et quand il enleva le caillot, il constata qu'une grande partie du tissu vil-leux du placenta lui adhérait. Tous les organes étaient très anémiés et il n'y avait aucun doute que l'hémorrhagie ne fût la cause de la mort. M. Withcombe fut assez bon pour m'apporter la préparation, et assisté par mon aide, M. Teichelmann, il me fut possible de faire le rapport suivant de ce qui m'apparut.

Il ne peut y avoir aucun doute : la pièce représente une grossesse tubaire interstitielle du côté gauche. La cavité qui renferme le fœtus est séparée de la véritable cavité utérine par une épaisse cloison de tissu utérin partant de chaque côté de la paroi utérine. La surface intra-utérine de cette cloison et le reste de la cavité utérine sont hypertrophiés (déciduale). Le pédicule de la trompe de Fallope droite est appendu à ce qui paraît être l'angle inférieur de l'utérus, mais qui est en réalité l'angle supérieur très déplacé. Ce déplacement n'est qu'apparent et provient de l'énorme développement de la corne gauche de l'utérus. Une fine sonde peut être passée de la vraie cavité utérine dans cette trompe. La trompe gauche, au contraire, communiquait avec la cavité qui contenait le fœtus et le placenta, et la rupture s'était faite sur la partie supérieure et postérieure de la corne gauche de l'utérus.

Dans ce cas nous avons l'exemple extrêmement étrange d'une femme ayant eu une grossesse tubaire deux fois, avec ce fait encore plus étrange d'une grossesse normale entre ces deux grossesses anormales : de la première elle fut sauvée par une prompte intervention chirurgicale, et elle eût pu être encore sauvée la seconde fois, mais il ne peut y avoir aucun doute que

l'arrêt fatal de la pauvre femme n'eût été confirmé avant que l'art médical ne lui eût porté secours, et il n'était plus temps alors d'intervenir utilement. Toutes les apparences de la préparation concordent sur ce fait, que l'affirmation de cette femme sur la date probable de sa grossesse était exacte, et nous pouvons par conséquent établir que dans la forme interstitielle de la grossesse tubaire, comme nous pouvions nous y attendre, la période de temps qui s'écoule jusqu'à la rupture primaire (primary rupture) est plus longue que dans les cas où la grossesse occupe la partie libre de la trompe.

En résumé, nous n'avons pas d'exemple de cas allant au-delà de la douzième ou treizième semaine avant la rupture primaire. On peut remarquer que j'introduis ici un nouveau terme, en me servant des mots « rupture primaire ». J'agis ainsi car je suis convaincu qu'à moins de faire une telle distinction nous continuerons encore à entretenir les éléments de confusion qui existent concernant cet intéressant déplacement. Il est parfaitement clair que dans tous les cas de grossesse tubaire, quand l'œuf grossit, le tube doit éclater; et qu'il éclate dans deux directions : ou dans la cavité péritonéale, ou dans la cavité du ligament large. Dans la partie libre de la trompe, cette rupture a lieu comme je l'ai dit, vers la douzième ou treizième semaine. Dans la forme interstitielle, le cas présent nous montre que la rupture peut être différée à une date plus éloignée. La rupture primaire dans la cavité péritonéale semble être presque fatale et à la mère et à l'enfant, mais quand la rupture se fait dans l'intérieur du ligament large, elle peut n'interrompre en rien le développement de l'enfant et c'est dans ce cas que l'enfant peut atteindre à l'époque de la viabilité.

Dans un récent numéro du *N. York med. Record*, le docteur Talf rapporte un cas de grossesse tubaire n'ayant donné lieu à aucune rupture; mais la description qu'il en donne prouve certainement qu'il avait eu affaire à un cas dans lequel la rupture primaire s'était faite dans la cavité du ligament large.

Dans ce groupe de cas, une « rupture secondaire » est possible

à une période quelconque ; voilà pourquoi l'adoption de ces termes pour désigner exactement les dates relatives des ruptures sera très utile. Cette rupture secondaire était clairement démontrée dans un cas célèbre que m'a fourni Bernutz, cas du plus grand intérêt précisément à cause de l'intervention d'une rupture secondaire (voir mes *Ingleby Lectures*, 1887). Cette rupture secondaire explique aussi probablement le cas de Jessop, survenu dans des circonstances analogues. Dans le cas que je discute maintenant, il y a beaucoup de points importants qui méritent d'être relevés, quelques-uns sont nouveaux et les autres, quoique tout à fait courants, sont dignes d'être notés à raison de la confusion qui semble exister à ce sujet dans l'esprit des plus récents auteurs.

La malade était une femme intelligente pour sa classe, qui, ayant subi la terrible expérience de se soumettre à sa première opération, eut ainsi une connaissance parfaite de la nature de l'accident et de ses résultats. Cependant avec cette terrible expérience, et quand elle se retrouva dans les mêmes conditions, elle souffrait si peu que jusqu'au moment de la rupture, se sachant enceinte, elle ne pensa pas un instant à appeler l'aide d'un médecin, et il en fut de même pour sa première grossesse tubaire.

Il n'y eut aucun symptôme qui attirât l'attention sur son état jusqu'au moment de la rupture, il n'y avait encore aucun signe pouvant nécessiter un examen.

La chose la plus étrange de toutes pour moi dans l'énorme expérience que j'ai au sujet des grossesses tubaires, c'est que je n'aie jamais été appelé à voir une malade, si ce n'est une seule fois, avant que la rupture ne soit survenue ; dans ces cas, ce n'étaient ni l'histoire, ni les symptômes qui pouvaient me faire affirmer qu'il s'agissait de grossesses tubaires, jamais en vérité jusqu'à la rupture du kyste et l'ouverture de l'abdomen, le diagnostic ne fut possible.

Dans de telles circonstances, je pense pouvoir être excusé si e garde une attitude légèrement sceptique à l'égard de l'exac-

titude du diagnostic de certains auteurs qui disent pouvoir établir le diagnostic certain de grossesse extra-utérine avant l'époque de la rupture. Ces mêmes auteurs proposent aussi de traiter ces cas par une ponction, ou simple, ou médicamenteuse, ou électrolytique.

La grande masse des opinions émises dans cette direction d'idées, peut très bien prendre place dans les « discussions de société » ou « sur le papier », mais ne peut avoir la valeur de l'expérience clinique ; sur ces points on m'a mal interprété et je suis heureux d'avoir une occasion d'établir nettement mes vues ; mais je désire bien établir ce point, qu'après la période de rupture, un diagnostic exact peut, comme ma propre expérience me l'a prouvé, intervenir dans la majorité des cas.

Un autre point à relever dans ce cas intéressant, c'est ce fait, mis en évidence par la préparation qu'en dehors de ce qu'ont pu être les symptômes antérieurs à la rupture, le toucher combiné au palper ne pouvait permettre d'autre diagnostic que celui d'une grossesse de 4 mois 1/2 environ.

Voilà ma seule expérience de grossesse tubaire interstitielle, mais elle ressemble tellement strictement à un grand nombre de cas que j'ai vus au musée, que je la crois absolument typique, dans son genre. Je suis toutefois disposé à penser que par le toucher combiné le diagnostic de grossesse interstitielle ne peut être fait et ne puis imaginer aucun symptôme pouvant nous faire espérer la reconnaître avant la rupture.

Si nous en sommes à croire que dans un tel cas, le diagnostic est possible, le champ reste ouvert à des spéculations aussi ingénieuses que nombreuses pour l'application d'un traitement.

Si on pouvait estimer exactement les rapports de différentes parties entre elles, ce que nous aurions à faire serait évidemment de dilater le col, de diviser la cloison et de vider la cavité de la corne. Il n'eût été d'aucune utilité pour la malade de chercher à tuer l'enfant.

Le placenta eût été en augmentant de volume, et, en fût-il

autrement. des matières putrescibles eussent été laissées, qui devaient crever dans la cavité péritonéale au moment de la rupture ; si l'assistance chirurgicale avait pu secourir la femme assez promptement, elle eût pu être sauvée par une hystérectomie, et d'après l'autopsie, il n'y avait aucun doute qu'elle n'ait été aisément faite.

OBSERVATION III

KLETSCH. *American. Journ. of. obstet.*, 1888, p. 521
et discussion.

M^{me} L. B..., entrée à l'hôpital des femmes en juillet 1884, était dans le service du docteur Thomas qui l'opéra d'une grossesse extra-utérine. Il enleva le fœtus mort, et laissa le placenta dans la cavité abdominale, d'où il tomba graduellement et fut éliminé par le drainage. La malade eut une guérison complète et ininterrompue.

Elle était très bien après l'opération. Les quatre premiers mois elle n'eut aucune menstrue, mais dans la suite elles furent régulières, d'une durée de 5 à 6 jours, abondantes, accompagnées de douleurs térébrantes le premier jour. La santé générale est très bonne.

La malade vint pour la première fois dans mon cabinet le 15 octobre 1887. Dernières règles le 30 août, elle ne perdit qu'un jour très peu et sans douleur. Elle se plaint, pendant les deux dernières semaines, d'avoir eu des nausées, mal aux reins, et trouve que la partie inférieure de son ventre est plus large qu'auparavant.

Examen. — L'utérus est mobile, large, penché à gauche ; aucune douleur autour de lui.

20 octobre. — Elle éprouva dans le côté droit quelques douleurs continues, comme si elle était en travail, pendant environ deux heures, suivies d'une perte légère de sang, avec douleurs térébrantes,

22 octobre. — Elle eut soudain une douleur extrême dans le côté droit, suivie d'une prostration générale, de sueurs froides, vomissements et rétention d'urine avec ténésme et sensibilité extrême de tout l'abdomen. Le jour suivant, la malade eut de légers retours des douleurs, spécialement dans le côté droit, et suivis de faiblesse et de prostration générale. Du sang s'écoule de l'utérus.

27 octobre. — L'examen montre une masse distincte attachée à l'utérus (côté droit), elle est très rénitente (Tender) ; l'utérus est repoussé du côté gauche, augmenté de volume, le col est mou.

Sans cause aucune, elle eut une douleur extrême dans le bas-ventre, du côté droit, suivie de sueur froide, pouls faible, ténésme vésical et rectal.

Légère décharge de sang granuleux, occasionnant quelques contractions douloureuses.

Le docteur Coë vit la malade le 29 et convint avec moi qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine.

Elle était guérie peu à peu des symptômes des deux derniers jours. Il trouva aussi l'utérus refoulé à gauche et élargi, il y avait une masse située à sa droite, ayant le volume d'une petite orange, molle et rénitente.

Le docteur Hunter la vit le 31 octobre, trouva la même chose et conseilla les courants faradiques.

La malade se plaint de courtes attaques récurrentes de douleurs dans le côté droit, durant environ une heure, aiguës et lancinantes. Pendant ces quelques jours elles revinrent environ deux fois par jour.

1^{er} novembre. — Première application du courant faradique, un pôle sur l'abdomen, un contre le col, durée 10 minutes.

2 novembre. — Idem.

3 novembre. — Idem, toujours suivi d'un bon effet. Elle n'avait eu aucune attaque de ses douleurs périodiques depuis l'application de l'électricité. Pouls 86°. Température 99° (Fahrenheit) (dans la bouche). Conditions générales bonnes.

4 novembre. — Se plaignit pour la première fois d'une douleur extrêmement intense du côté droit avec irradiations le long de la jambe droite jusqu'au genou. Température 8° P. M. 100 $\frac{2}{5}$ F. Pouls 108°, faible, de légères décharges de l'utérus, à odeur aigre et mauvaise.

7 novembre. — La température depuis cette date varie entre 100 et 101° F. Pouls 100 à 102°. La douleur du côté continue ainsi que la mauvaise odeur de l'écoulement utérin.

L'examen montre l'utérus mobile, large, peu net, sensible à la pression ; à son côté droit on sent une masse molle contre le bord inférieur de laquelle on perçoit distinctement des pulsations artérielles. Elle se plaint de sueurs froides, décéphalalgie, sensation de faiblesse ; la langue est chargée.

8 novembre. — Le docteur Hunter l'examine et trouve que les conditions n'ont pas changé ; il pensa qu'elle était sous l'influence de troubles septiques. Il fut d'avis d'attendre avant de faire la laparotomie.

9 novembre. — Décharge de sang, libre et profuse, avec coliques utérines.

Le docteur Coë fit un autre examen de la malade, et pensa que la grossesse tubaire était entourée par du sang infiltré ou un caillot lentement échappé de la trompe rompue. Il fut d'avis de temporiser, tout en étant prêt à intervenir promptement en cas de symptômes d'urgence.

Du 10 novembre au 17 inclus. — La température oscille entre 100°5 F. et 103°5.

Le pouls s'éleva jusqu'à 140 par minute. Elle avait eu de la sensibilité de l'abdomen, de la tympanite.

Dysurie, lipothymies, et une douleur violente et continue dans le côté droit, avec de temps en temps des douleurs lancinantes du côté du rectum.

26 novembre. — Le docteur Hunter trouva une masse distincte dans le côté gauche, probablement les restes de l'hématocèle, et une autre masse s'étendant de la corne droite de l'utérus au côté droit de l'abdomen, représentant la grossesse

tubaire. Il y a encore une élévation vespérale de la température et le pouls monte par moments à 120.

1^{er} décembre. — Les symptômes commencent à s'améliorer, température normale le matin, avec légère élévation le soir. Il y a encore une douleur sérieuse dans l'aîne droite.

L'examen montre les masses dans les mêmes conditions, mais plus contractées.

Le dernier examen fut fait le 3 mars 1878, l'utérus est encore légèrement augmenté, absolument déplacé vers la gauche, un cordon semblable à une corde s'étend de la corne droite utérine au côté droit.

M. Lean cite les cas de deux femmes traitées par l'électricité, une par le courant faradique, l'autre par les courants galvaniques, la tumeur diminue graduellement : chez l'une d'elles on avait précédemment un placenta prævia. Il semble que certaines femmes aient une tendance à l'ectopie de l'œuf.

Kletsch appela l'attention sur ce point que la première femme était enceinte seulement pour la première fois après 7 ans de mariage, et alors seulement après dilatation ; ici aussi il y avait tendance à l'implantation anormale.

Dudley dit que le premier cas (celui de l'hôpital des femmes) avait été confié aux soins du docteur Thomas, et la femme refusait le traitement chirurgical. Un point intéressant était que l'uretère était adhérent au kyste (ureter attached to the specimen). Il est rare qu'une malade recouvre la santé après une grossesse extra-utérine, quand l'hémorrhagie est survenue. De laparotomies après rupture, deux cas heureux seulement ont été rapportés dans les Etats-Unis.

Docteur Janvrin. Le premier cas rapporté ce soir confirme plutôt l'idée qu'il a risqué d'exprimer depuis plusieurs années concernant le mécanisme de la rupture. Dans un cas rapporté il y a deux ans, il y avait une hémorrhagie causée par une large artère qui traversait la partie antérieure du sac, on sentait nettement les pulsations, une hémorrhagie légère eut lieu, il surveilla sa malade plusieurs jours, puis usa du galvanisme

et tua le fœtus ; mais le deuxième jour après, la malade eut une hémorrhagie secondaire et mourut avant qu'aucun médecin pût la secourir.

Il rappelle un cas présenté l'année d'avant par M. Mundé, où une rupture partielle de la poche eut lieu, et la malade mourut d'hémorrhagie progressive avant qu'on se fût décidé à lui ouvrir le ventre. L'exemple de Kletsch montre que l'écoulement est progressif. Le premier écoulement survint à la suite de la distension de la poche ; graduellement, à mesure qu'elle devint encore plus grande, la déchirure augmenta et le fœtus mourut environ 5 mois avant l'opération, comprimé par le caillot.

L'opération était indiquée et était la seule ressource ; on n'eut pas mieux fait que ce que fit Kletsch.

Quant au deuxième cas, le diagnostic était bien posé vers le huitième ou neuvième mois, de par l'histoire de la maladie : augmentation de volume de la trompe, et extrême rénitence de la tumeur, qui sont une des caractéristiques de cette affection.

La question qui se pose est celle-ci : le diagnostic étant posé comme il l'était ici, lequel est préférable : l'électrolyse ou la laparotomie.

Aux Etats-Unis, comme l'a dit Dudley, deux cas seulement de laparotomie heureuse après rupture.

Le troisième succès dans l'Amérique du Nord appartient au Canada. Tait proclame qu'il a opéré 36 cas en trois ans et demi. Dans chacun de ces cas (dont les observations sont plutôt imparfaites), aucun fœtus ne fut trouvé. Il y avait hématoçèle avec déchirure de la trompe.

En Allemagne, d'après le docteur Martin, il est courant depuis plusieurs années que dans tous les cas où le diagnostic est établi par la présence d'une hémorrhagie, il faut opérer, et les résultats sont bons.

La laparotomie pour un cas bien net de grossesse extra-utérine est formellement indiquée. Naturellement quelques cas exceptionnels peuvent guérir sans elle. Et comme dans le cas

de Kletsch, le caillot peut par ses progrès oblitérer l'hémorrhagie, et la femme peut vivre. Là où l'hémorrhagie fait craindre pour la vie de la malade, il faut suivre l'exemple de Tait, de Martin, ouvrir le ventre, curer la cavité, etc. Quant à ce point que j'ai avancé moi-même, à savoir l'impossibilité du diagnostic avant la rupture, avant même une hémorrhagie des vaisseaux superficiels du sac, est-il convenable de faire à ce moment la laparotomie comme si le diagnostic de la rupture était porté ? Je pense que oui. Quoique dans l'usage de l'électricité le fœtus soit tué, la masse reste toujours.

Un certain nombre d'exemples ont été réunis par Harris où il y a eu une grande quantité de troubles subséquents. Si le diagnostic peut être fait par une attaque un peu sérieuse des douleurs et des coliques, lesquelles douleurs indiquent une légère hémorrhagie, et la rupture de quelques vaisseaux dans le péritoine qui recouvre le sac (et ceci peut arriver plusieurs fois à partir de la sixième ou de la dixième semaine de la gestation), si avant que la déchirure complète du sac ait pu se faire, avec des hémorrhagies profuses ; nous pouvons déduire des symptômes rationnels et des conditions physiques un diagnostic absolu, nous sommes en droit de pratiquer la laparotomie à ce moment.

Si on ne l'a pas encore fait, cela n'est pas une raison pour qu'on ne le fasse pas ; si nous avons confiance dans notre diagnostic, ouvrons le sac avant sa rupture, comme nous le faisons pour le pyo-salpinx. Si on était sûr qu'il existât une grossesse tubaire quelque part à partir de la sixième ou de la dixième semaine, il faudrait encore avoir recours à la laparotomie plutôt qu'à aucune sorte d'électricité.

Murray demanda si la douleur avait été accusée dans la fosse iliaque ou à une corne de l'utérus dans les cas de Kletsch ; de plus si une grossesse extra-utérine pourrait se développer sans aucun symptôme et comment la différencier de l'hématocèle.

Janvrin. — La plupart des cas ne sont connus qu'après rupture.

Dans tous les cas de Tait l'opération eut lieu après la rupture.

Janvrin en a vu huit cas dont deux eurent des résultats mortels ; dans tous il était évident qu'il y avait quelque chose d'anormal pendant la grossesse : hémorrhagie, masse au voisinage de l'utérus, etc. (Was something wrong about the pregnancy).

OBSERVATION IV

(de Ch. BOISLEUX. Paris 1893.)

Mme Jeanne X..., domiciliée à Paris, âgée de 18 ans, mariée depuis le 23 décembre 1890.

Première menstruation à 14 ans. — Règles peu abondantes, durant 5-6 jours : obligée de se garnir... sans douleur.

26 janvier 1891. — Suppression des règles.

18 février. — Obligée de s'aliter trois jours, douleurs violentes dans le pli de l'aîne et à droite, s'irradiant dans tout le ventre. Un médecin appelé, a porté le diagnostic de grossesse utérine ordinaire, vu le gonflement des seins, les vomissements, la suppression des règles, etc.

Du 10 février au 10 mars. — Douleurs se manifestant toujours dans le pli de l'aîne et à gauche, mais permettant à la malade d'aller et venir.

10 mars. — La malade a eu des pertes de sang qui ont duré 6 jours, comme les règles ordinaires. Cependant, pendant ces 6 jours, les douleurs dans le pli de l'aîne et dans le ventre ont toujours continué.

25 mars. — Deux jours de pertes.

10 avril. — Le mari qui est médecin, amena sa femme à ma consultation, me disant qu'elle avait une tumeur à droite de la matrice, qu'il désirait être éclairé sur la nature de cette tumeur et les dangers qu'elle pouvait offrir.

Après avoir entendu les antécédents que je viens d'énumérer, voici ce que je trouvai : Col utérin fermé et non ramolli. Corps

de l'utérus normal en antéflexion. Au toucher combiné avec le palper, dans le cul-de-sac droit, je sens une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Cette tumeur est rénitente, élastique, animée de battements. Elle est très accessible au toucher et située transversalement au diamètre antéro-postérieur du bassin.

Elle occupe le siège habituel de la trompe. Devant les signes manifestes de grossesse, gonflement des seins, suppression des règles, malgré la réapparition d'une période menstruelle et la présence de quelques pertes sanguines, le tout avec persistance des phénomènes généraux de grossesse, tels que vomissements; vu les signes constants de douleur dans le pli de l'aîne, douleurs continues avec exacerbation s'irradiant dans tout le ventre; vu le petit volume de l'utérus qui est celui d'un utérus d'une femme non gravide; vu la tumeur siégeant dans le cul-de-sac latéral droit au siège d'élection des grossesses tubaires, je conclus à une grossesse extra-utérine contenue vraisemblablement dans la trompe. Toutefois, pour avoir certitude absolue, je demande au mari de faire au préalable un examen de la muqueuse et voir si celle-ci n'est pas une muqueuse déciduale et caduque. En cas de grossesse extra-utérine, il y a toujours une caduque dans la matrice, ce que l'on reconnaît aux caractères suivants: hypertrophie des cellules épithéliales cylindriques des glandes utérines, hypertrophie des cellules rondes et fusiformes du tissu muqueux. Cette hypertrophie consiste surtout en une augmentation du corps de la cellule, tandis que le noyau, lui, reste stationnaire. Dans toute muqueuse normale ou pathologique on ne rencontre pas les mêmes caractères.

INDICATION ET TRAITEMENT. — Je disais au mari: en cas de certitude, si la muqueuse est une muqueuse déciduale, il n'y a pas un instant à hésiter; s'il s'agissait de ma femme, je n'hésiterais pas à lui faire l'opération, me basant sur la fréquence de la rupture de la trompe dans le cas de grossesse extra-utérine, et l'hémorrhagie mortelle qui peut suivre. Etant donné la rapidité et l'imprévu avec lesquels se produisent ces accidents,

qui peuvent arriver à toute heure du jour et de la nuit, en présence d'un danger imminent de ce genre, il n'y a pas d'autre alternative que l'opération. Je sais bien que l'on a traité les grossesses extra-utérines par l'électricité, entre autres, plusieurs chirurgiens américains. L'un d'eux qui avait jusqu'ici employé l'électricité dans le traitement des grossesses extra-utérines, ayant eu deux cas de ruptures et de morts après l'application de l'électricité, a depuis lors rejeté complètement ce procédé. Il est encore un autre mode de traitement déjà employé, ce sont les injections de morphine. J'ai vu, en effet, un cas du professeur Winckel de Munich, traité par ce procédé. J'ai examiné la femme au Congrès de gynécologie de Fribourg en 1887. Il y avait une tumeur que l'on sentait très bien sous le doigt ; cette tumeur n'était nullement animée de battements à l'heure où je l'ai touchée, parce que la femme avait déjà subi le traitement avec succès.

Il faut ajouter aussi que, dans ce cas, le diagnostic avait été confirmé par l'examen microscopique de la muqueuse (muqueuse déciduale.)

Il est certain que cette malade était entre des mains très habiles, que de plus elle était soignée dans la clinique où Winckel habite, de telle sorte que si, pendant les différentes injections, manipulations, examens, etc., un accident de rupture s'était produit, Winckel aurait pu de suite parer à l'accident en faisant une opération séance tenante. Il faut ajouter que ces manipulations sont en général dangereuses, puisque l'on a vu un cas de mort survenir à la suite d'un simple examen. Il est donc bon de ne faire que les investigations utiles au traitement, le tout avec la plus grande prudence, de peur d'amener la rupture du sac fœtal par un examen intempestif.

Bref, il faut avant d'intervenir avoir un diagnostic certain. Je conseille donc l'ablation de la muqueuse, et je ferai l'examen microscopique. Si je trouve une muqueuse déciduale, pas de doute qu'il y ait grossesse extra-utérine.

17 avril. — Curettage. Je ne constatai parmi les débris de muqueuse aucune trace d'embryon ; l'utérus mesure 7 centimètres.

Cette opération ne donne pas beaucoup de sang, bien qu'il s'agisse d'un cas de grossesse.

Après l'opération, repos absolu au lit.

18 avril. — M^{me} X... se porte très bien.

19 avril. — La malade va très bien toute la journée. A 9 heures du soir, elle lisait tranquillement un roman dans son lit, quand soudain elle est prise d'une violente douleur à droite qui la force à jeter son livre. A partir de ce moment, les douleurs n'ont pas cessé, elles sont tellement violentes que le mari, médecin, juge bon d'appeler un médecin spécialiste pour les maladies des femmes. Le médecin arrive en toute hâte, examine la malade et ne constate, par le toucher vaginal, aucune tumeur. En présence des violentes douleurs du ventre, croyant à des accidents du péritoine, il prescrit l'application d'onguent napolitain, et, en même temps, une potion calmante.

Malgré cela, les douleurs ne se calment pas et deviennent tellement violentes que le mari m'envoie chercher par un exprès. Il était 11 heures du soir. Sachant d'avance de quoi il s'agissait, aidé de mon assistant, le docteur Navel, je prépare mes instruments en vue d'une laparotomie. Heureusement, les instruments avaient été bouillis dans l'eau de carbonate de soude du commerce à 1 0/0, à la suite d'une laparotomie que j'avais faite la veille. Arrivé vers minuit auprès de la malade, je suis anxieux de savoir si l'hémorrhagie interne, suite de la rupture, n'est pas trop abondante pour rendre l'opération et tout secours inutiles. Aussitôt, je prends le pouls et constate qu'il est encore plein et qu'il n'est pas trop tard pour l'opérer. La femme ressentait des douleurs tellement fortes, qu'elle ne pouvait plus supporter le poids de ses couvertures. Elle était dans une prostration complète, ses traits étaient crispés, le faciès pâle des malades qui sont sous le coup d'une forte hémorrhagie. Les douleurs sont bien plus intenses que celles de

l'avortement ordinaire ; elles ne peuvent être comparées comme intensité qu'aux douleurs d'expulsion du fœtus à la dernière période du travail. Les douleurs sont en outre continues et n'ont pas cessé un instant depuis 9 heures jusqu'à minuit ; dans la période d'expulsion de l'accouchement à terme, les douleurs sont, au contraire, intermittentes et non continues. La malade, épuisée par la douleur, demande elle-même le chloroforme. L'opération fut pratiquée par MM. les docteurs Navel, de la Jarrige, White et Vanderhaghen.

LAPAROTOMIE. — A l'incision de la paroi abdominale, les muscles droits, très développés, se laissent facilement écarter. Il est difficile de reconnaître le péritoine pariétal : il se présente sous l'aspect d'une masse rougeâtre que je prends d'abord pour l'intestin (il faut dire que, faisant l'opération à la lueur d'une lampe, l'éclairage était certainement défectueux). Enfin, je réussis à ouvrir le péritoine avec prudence, de manière à ne pas blesser l'intestin que je croyais avoir sous les doigts. Aussitôt le péritoine ouvert, un jet de sang rutilant, aussi gros que le pouce, jaillit par l'ouverture ; je coupe avec les ciseaux en haut et en bas et vais droit à la tumeur. Je la saisis d'abord avec de longues pinces de Péan, fais trois ligatures, enlève la tumeur et réussis à arrêter l'hémorrhagie.

Voici la tumeur : vous voyez d'une part l'ovaire et de l'autre la trompe, qui contient un œuf intact, la tumeur est de forme ovoïdale ; largeur la plus grande, 4 centimètres $1/2$, longueur, 8 centimètres, la plus grande épaisseur, 4 centimètres. A la face postérieure de la trompe droite, vous voyez une déchirure vers la partie moyenne de la face postérieure ; il y a encore un caillot engagé, c'est là l'endroit où la rupture de la trompe s'est produite, c'est par là que l'hémorrhagie s'est faite. La dimension de la rupture est de 2 centimètres $1/2$ de long sur 3 millimètres $1/2$ de large, elle est bifurquée aux deux extrémités.

Après l'ablation de la tumeur, j'enlevai encore deux fois plein les mains de caillots et refermai ensuite l'abdomen.

Pansement de la plaie avec de la poudre d'iodoforme.

La quantité de sang écoulé peut s'évaluer à environ 2 litres 1/2. Je n'ai pu recueillir tout le sang qui s'était épanché pendant l'opération et avait couvert tout le parquet et les murs environnants.

Le neuvième jour après l'opération, la malade se levait guérie.

Fin mai. — Retour des règles. Durée 5 jours. Rien de particulier.

Du 1^{er} au 12 juin. — La malade se portait à merveille et allait et venait n'éprouvant aucune douleur.

12 juin. — La malade éprouva subitement des douleurs violentes à gauche, dans le pli de l'aîne et dans le ventre, rappelant les douleurs de la première fois. La malade, forcée de s'aliter, est en proie à une grande anxiété. Elle croit qu'elle a absolument la même chose que précédemment, c'est-à-dire une grossesse extra-utérine. Le mari me fait appeler en toute hâte

Je ne constate rien au toucher, sauf une douleur très vive en un point limité dans le cul-de-sac latéral gauche. Je considérerais une deuxième grossesse extra utérine comme invraisemblable, attendu qu'au toucher je n'avais senti aucune tumeur. D'autre part, il y avait à peine 7 semaines que la malade était opérée et je ne supposais pas qu'il y eût conception possible.

Enfin, les annexes du côté gauche, examinées au moment de l'opération, ne présentaient rien d'anormal.

Le 13 juin. — Mieux relatif.

Le 14 juin. — La malade se lève pour manger à table, fait une légère course, mais est obligée de s'aliter de nouveau dans la soirée.

Le 15 juin. — Le mari, médecin, s'est aperçu qu'il s'était formé une tumeur à gauche, du volume d'une grosse orange, alors qu'il n'existait aucune tumeur la veille.

Le 16 juin. — Je fus prévenu par le mari que la tumeur de la veille était augmentée de volume et plus doulou-

reuse. La tumeur était élastique, rénitente et animée de battements : j'éliminai immédiatement un abcès de la trompe ou de l'ovaire, par suite de l'absence de fièvre et de tout processus inflammatoire, j'inclinai plutôt pour un hémato-salpinx. Après l'examen de la malade et vu les symptômes identiques, c'est-à-dire douleur dans le pli de l'aîne s'irradiant dans le bassin, vu la possibilité d'une fécondation, je conclus à une deuxième grossesse extra-utérine, compliquée cette fois du décollement de l'œuf, ce qui explique l'hématome en imminence de rupture à cause de son volume toujours croissant.

D'accord avec son mari et la malade elle-même, je décidai l'opération pour le lendemain matin.

Le 17 juin. — A onze heures du matin, je pratiquai la laparotomie avec l'assistance des docteurs Navel, de la Jarrige et Vanderhagen. L'ouverture de l'abdomen est assez pénible à cause de la première cicatrice, qui a réuni les muscles droits antérieurs de l'abdomen. L'écartement de ces muscles se fait avec difficulté ; à l'ouverture de la paroi, il s'écoule un liquide séro-sanguin. Je me trouve en présence d'adhérences intestinales très fortes, en particulier au niveau de l'ancien pédicule où l'adhérence avec l'intestin grêle est tellement forte que je dus faire une double ligature et couper avec les ciseaux. L'utérus est très peu accessible et comme je ne puis amener la tumeur au dehors, je dois saisir la matrice avec une forte pince à griffes de Péan. Je vais à la recherche de la tumeur et la sens battre dans le ligament large gauche. En vain, j'essaye à plusieurs reprises de l'amener au dehors, mais je n'y réussis pas.

Après toutes ces tentatives, la tumeur, très friable, finit par se rompre entre mes doigts et je n'enlève que des débris parmi lesquels se trouvent la trompe mutilée, l'ovaire et l'embryon dont j'ai constaté l'existence au microscope. Le ligament large, béant et lacéré, donne du sang à profusion.

Impossible de pincer un vaisseau. L'extrémité de la trompe gauche ne présente pas une goutte de sang. En présence de

cette hémorrhagie en masse, je fais, séance tenante, un tamponnement avec six tampons de ouate hydrophile entourés de tarlatane et préalablement imprégnés de sublimé acide.

Solution du docteur Laplace :

Sublime.....	1 gr.
Acide tartrique..	5 —
Eau.....	1000 —

Je place ensuite dans le Douglas un drain en T, de 7 millimètres de diamètre (ce drain est celui que j'ai vu employer à la clinique du docteur A. Martin, à Berlin). Environ dix minutes après le premier tamponnement, j'enlève les tampons et fais un second tamponnement que je laisse à demeure. Cette fois, je place un tampon en arrière de la matrice et un deuxième dans le ligament large gauche. Ceci fait, je referme la partie supérieure de la paroi abdominale et laisse à la partie inférieure une plaie ouverte d'environ 5 centimètres de long. En terminant, je saisis les deux tampons avec deux longues pinces de Péan ; je fis le pansement avec de la tarlatane imprégnée de sublimé, de l'ouate hydrophile et bandes de flanelle autour du ventre.

Le 18 juin. — 28 heures après l'opération, enlèvement des deux tampons.

Je m'assure que la plaie ne saigne plus et fais la suture complète de la paroi abdominale sous le chloroforme. Lavage préalable de la plaie au sublimé acide.

18 juin. — Température et pouls normaux. Avant de faire le pansement, je remarque que le drain vaginal avait donné beaucoup de sérosités séro-sanguinolentes, le pansement qui se trouvait sur le ventre était aussi entièrement imprégné de liquide séro-sanguin.

19 juin. — Ecoulement abondant de liquide séro-sanguin par le drainage.

Température et pouls normaux.

Du 19 au 22 juin. — Température et pouls normaux, il s'écoule toujours du liquide par le drain.

27 juin. — Température et pouls normaux.

Enlèvement du drain sous le chloroforme; lavage à l'acide phénique à 2 % et introduction d'une mèche de gaze iodofornée à la place du drain. Raclage d'un point de suture superficiel de la plaie en voie de suppuration, avivement des bords de sutures secondaires.

Le 28 juin. — La malade se lève et descend au jardin.

Du 28 juin au 6 juillet. — La malade se lève, la plaie est cicatrisée, guérison.

Ce fait de deux grossesses extra-utérines chez la même femme, se répétant dans un si court espace de temps, n'a pas, que je sache, son exemple dans la science.

Ce qu'il y a de particulier pour la première grossesse extra-utérine, c'est que le diagnostic fait en temps opportun a permis d'arriver à temps pour sauver la femme.

Dans la deuxième opération, j'ai employé un mode de traitement qui n'a pas encore été appliqué jusqu'ici, soit en France, soit à l'étranger, dans un cas de grossesse extra-utérine dans les trois premiers mois.

Il est, en effet, de règle en chirurgie de lier les pédicules des annexes de l'utérus ou de les pincer avant ou après leur extirpation, et non de pratiquer le tamponnement des ligaments larges en s'abstenant de toute ligature.

Dans les dix derniers cas de grossesse extra-utérine opérés dans les premiers mois de la grossesse par le docteur A. Martin, on a toujours pu lier les annexes et les extirper. Dans ce dernier cas, il m'a été impossible de pincer ou de lier un seul vaisseau.

Ce tamponnement abdominal est applicable dans les cas de grossesse extra-utérine où l'on ne peut faire aucune ligature et permettre ainsi d'arrêter facilement l'hémorrhagie et de sauver la femme. Il suffit de maintenir les tampons en place pendant vingt-quatre heures. Je crois que tout médecin qui sera en pré-

sence de cas semblables se trouvera bien de ce procédé. Les tampons sont formés d'ouate hydrophile entourée de gaze à pansement. L'épaisseur de la couche d'ouate et de la grandeur du tampon dont je me suis servi est celle d'une main d'adulte. Mme B..., l'infirmière de notre service, passe un fil en surjet en travers. De cette façon l'ouate ne s'effiloche pas et ne peut causer d'adhérence au niveau du pédicule ou des intestins.

Les tampons sont préalablement imprégnés de sublimé acide et ensuite exprimés. L'idée de pratiquer ce tamponnement dans les cas de grossesse extra-utérine m'est venue à la suite d'un cas malheureux présenté par Raltenbach à la Société de gynécologie de Berlin, 1888.

Raltenbach a présenté l'utérus d'une femme morte à la suite d'une hémorrhagie consécutive à l'ablation d'une grossesse tubaire : la ligature du pédicule des annexes avait donné une hémostase complète. Mais à la face postérieure du corps de l'utérus, il y avait une adhérence rompue, par laquelle s'est faite l'hémorrhagie qui a entraîné la mort de la femme. Hégar a publié un cas semblable à la Société de gynécologie de Paris, où la mort a été causée par l'hémorrhagie produite par des adhérences multiples. C'est à la suite de ces faits et d'autres que j'avais résolu de tamponner, s'il se présentait un cas de grossesse extra-utérine avec des adhérences multiples.

Il faut remarquer qu'en cas de grossesse utérine, les adhérences sont beaucoup plus à craindre que dans n'importe quelle autre opération sur les annexes (pyo-salpinx et hémato salpinx).

OBSERVATION V

STRAUCH (*Revue de Gynécologie*).

M^{me} A..., mariée à l'âge de 17 ans, a, après une année de mariage, un accouchement normal. Veuve à l'âge de 21 ans (mari mort de paralysie progressive).

À l'âge de 24 ans elle a eu quelques rapports sexuels, à la

suite desquels les règles, qui jusque-là avaient été régulières, sont suspendues pendant cinq semaines. La patiente a alors quelques nausées. Elle se croit enceinte, prend quelques bains sinapisés et fait de longues courses à cheval. Après une course à cheval prolongée, la malade, au lieu de voir revenir ses règles, ainsi qu'elle le désirait, ressent une forte douleur dans la fosse iliaque droite et s'évanouit.

Elle garde le lit huit jours durant avec de fortes douleurs dans le bas-ventre et un écoulement sanguinolent par le vagin. Elle essaie de se lever, mais les douleurs augmentent de telle sorte qu'on est obligé de la transporter en ville où elle est traitée par les antiphlogistiques.

Nous examinons la malade trois semaines après le début de sa maladie, et nous trouvons une hématocele typique qui remonte jusqu'au nombril et bombe dans le Douglas jusqu'à l'entrée de la vulve. Tout l'abdomen est très sensible. La température s'élève à 38°, 38°, 4. La patiente est très anémiée.

OPÉRATION. CHLOROFORME. — Dans le cul-de-sac postérieur, incision antéro-postérieure d'environ 4 centimètres de long ; il s'écoule environ trois verres de vieux sang en partie liquide, en partie caillé. Dix jours après l'opération, la malade a repris ses forces de manière visible. On sent derrière l'utérus une résistance insignifiante. La patiente se lève et quitte l'hôpital.

Le cours normal des règles se rétablit complètement. L'état général redevient excellent. La malade est complètement guérie.

Trois ans plus tard elle se remarie.

Dernières règles normales. du 12 au 16 juin 1895. Le 20 juillet, elle perd quelques gouttes de sang. Le 4 août, commence un fort écoulement de sang, des vomissements, des malaises ; elle croit qu'il s'agit d'un avortement.

Au commencement d'août, elle ressent de vives douleurs dans le bas-ventre, spécialement dans la région de l'ovaire gauche.

On la traite par de la glace, des vésicatoires, des tampons à l'ichthyol et des irrigations chaudes.

• Nous voyons la malade le 30 septembre 1895.

Etat actuel. L'utérus, agrandi de volume, est refoulé immédiatement en arrière de la symphyse par une tumeur de la grosseur d'un poing, située à gauche de l'utérus et descendant dans le Douglas.

De l'utérus, il s'écoule des mucosités sanguinolentes caractéristiques.

Nous attendons pendant un mois. La tumeur s'agrandit décidément, les douleurs augmentent, la patiente s'affaiblit, et, encouragée par le bon résultat de la première intervention, elle nous pousse elle-même à l'opération.

Opération, 9 octobre 1895. Laparotomie. Narcose à l'éther.

Il s'agit d'une hématocele de la grosseur du poing dont on enlève le contenu ; ensuite on décolle, lie et résèque la trompe gauche grávide, fixée par des adhérences dans le Douglas. Il s'agit d'un avortement tulaire incomplet qui, à en juger par la nature de l'hématocele, a dû laisser s'écouler dans la cavité abdominale du sang par poussées successives.

L'œuf était implanté dans le tiers externe de la trompe.

On ne peut rien retrouver de l'embryon ; mais au microscope on réussit à découvrir des villosités choriales.

La trompe droite qui, trois ans auparavant, avait été le siège de la première grossesse extra-utérine, était adhérente sur toute son étendue ; son extrémité abdominale paraissait ouverte. On la décolle dans la mesure du possible de ses adhérences. Mais on ne l'enlève pas, la malade désirant ardemment avoir des enfants. Suites opératoires simples et normales ; la patiente est cependant restée stérile jusqu'à ce jour.

OBSERVATION VI

STRAUCH. (*Revue de gynécologie*, 1899).

Mme G., âgée de 26 ans, a eu un avortement et deux accouchements normaux. Le dernier il y a deux ans.

Elle n'a jamais souffert du bas-ventre.

Dernières règles régulières en janvier 1896. Une semaine plus tard apparaît un écoulement sanguin qui dure à peu près jusqu'au moment de l'opération.

De fortes douleurs dans le bas-ventre, qui apparaissent subitement et augmentent rapidement d'intensité, un écoulement sanguin continu par le vagin et l'affaiblissement de la malade nous engagent à intervenir.

Le 8 mars 1896, laparotomie.

Dans la cavité abdominale se trouve une certaine quantité de sang ancien et récent. La trompe gauche, adhérente dans le Douglas, est soudée avec l'épiploon, l'intestin grêle et le gros intestin. Sous la trompe se trouve une petite cavité isolée de la cavité abdominale et remplie de caillots de sang.

On excise les annexes gauches. L'extrémité abdominale de la trompe est oblitérée. Dans son milieu elle présente un renflement de la grosseur d'une noix.

A la face postérieure de cette proéminence se trouve une déchirure. L'œuf a été détruit par l'hémorragie.

La convalescence se fait sans incident.

En septembre 1896, fausse couche de deux mois, sans cause connue.

Curettage indiqué par un écoulement sanguin qui ne veut pas cesser. A la suite de cette intervention, règles régulières jusqu'au 28 janvier 1897. Les règles surviennent en février, avec cinq jours de retard, et la malade perd, dès lors, continuellement du sang.

Des pertes et de fortes douleurs affaiblissent beaucoup la malade.

On sent très nettement, à droite de l'utérus, une tumeur de la grosseur du poing, faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur.

Le traitement médical ne donnant aucun résultat favorable, on se décide à faire la laparotomie qui a lieu le 7 avril 1897.

On ouvre la paroi abdominale, à 1 centimètre à droite de l'ancienne cicatrice ; l'incision passe ainsi à travers le muscle droit de ce côté-là.

L'épiploon est adhérent à la paroi abdominale antérieure sur toute l'étendue de l'ancienne cicatrice.

On détache facilement les adhérences. A la place qu'occupaient les annexes gauches, que l'on avait extirpées au cours de la première opération, on trouve une anse d'intestin grêle légèrement adhérente. Après l'avoir détachée, on ne retrouve aucune trace des annexes. Entre la vessie et la paroi antérieure de l'utérus se trouve une bride pseudo-membraneuse qu'on rompt avec facilité. Dans le petit bassin, on trouve une petite quantité de sang encore liquide. Le Douglas est rempli par une hématoçèle du volume du poing. On enlève le sang et on arrive à la trompe droite gravide. Celle-ci se laisse facilement éventrer. L'ovaire droit, entouré de pseudo-membranes, est en état de dégénérescence micro-kystique.

Il est enlevé avec la trompe. L'œuf, détruit par l'hémorrhagie, se trouve dans le tiers externe de la trompe. Il s'agit donc d'un avortement tubaire. La température s'élève à 38°2 les deux premiers jours qui suivent l'opération, puis la convalescence est normale.

OBSERVATION VII

Mme A., âgée de 26 ans, mariée depuis 9 ans, a deux enfants vivants.

Quatre avortements, dont un provoqué artificiellement.

Dernier avortement spontané, le 6 janvier 1892.

Dernières règles normales du 2 au 5 décembre 1893. Au commencement de janvier 1894, elle perd quelques gouttes de sang et perçoit de vives douleurs à droite dans le bas-ventre. Le 5 février 1894, profonde syncope.

Le 18 février, expulsion d'une caduque : le médecin traitant diagnostique un avortement.

2 mars, état actuel suivant : malade très affaiblie.

Écoulement muco-sanguinolent par le vagin. On sent à droite de l'utérus une tumeur très douloureuse de la grosseur des deux poings.

12 avril 1894. — Narcose à l'éther.

Nous extirpons la trompe droite gravide, de la grosseur d'un citron. La trompe tout entière était environnée de caillots anciens. L'intestin et l'épiploon étaient adhérents à cette hématocele péri-tubaire.

La trompe présentait à sa face antérieure une rupture. On ne peut rien retrouver du fœtus, mais on reconnaît très facilement les villosités du chorion.

La convalescence est compliquée par une pneumonie du poumon gauche. L'opérée se lève néanmoins au bout de 24 jours.

Le 16 juillet 1895. — Mme A..., accouche spontanément d'un gros enfant dans l'espace de 8 heures.

Règles régulières jusqu'au premier avril 1897. Le premier mai, après un retard de quelques jours, les époques apparaissent avec de très fortes douleurs et ne cessent pas. Les douleurs persistantes engagent la malade à se faire opérer.

Il s'est formé une éventration dans la partie inférieure de la première incision.

Laparotomie le 19 mai. L'épiploon est adhérent à la première cicatrice. Le petit bassin est rempli de sang fluide et coagulé. La trompe gauche, qui ne présente aucune adhérence, est extirpée avec l'ovaire.

Dans le voisinage de l'orifice abdominal, le volume de la trompe augmente subitement et atteint le volume d'une noix,

De gros caillots de sang font saillie de l'orifice abdominal dans la cavité abdominale.

La cicatrice ancienne est extirpée en entier et on referme la paroi abdominale par trois plans de suture au catgut.

Convalescence excellente.

OBSERVATION VIII

Mme B. , âgée de 27 ans, a eu, il y a trois ans et demi, son premier accouchement normal. Après la délivrance, la malade est prise de grande faiblesse, et, depuis ce moment, elle se plaint de pertes blanches.

En avril 1896, un de nos collègues pratique chez elle une laparotomie pour grossesse extra-utérine.

Depuis le mois de novembre 1897, elle a des règles très fortes durant 8 à 10 jours; ces règles sont accompagnées de fortes douleurs.

Dans le mois de février 1898, les douleurs s'accroissent dans le bas-ventre, et, le 11 mars, la patiente entre dans notre clinique. Elle est très abattue, pâle, et a un pouls très facilement dépressible. L'utérus est agrandi; il s'en écoule un liquide muco-sanguinolent. On sent, au niveau de la trompe droite, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule.

Le 12 mars 1898, on lui fait une nouvelle laparotomie. L'épiploon et l'intestin grêle ont contracté avec l'ancienne cicatrice des adhérences que l'on détache.

La trompe gauche est gravide; elle atteint le volume d'un œuf et présente à sa face postérieure une rupture. Son extrémité abdominale est oblitérée. La cavité abdominale renferme beaucoup de sang ancien et récent. La trompe et l'ovaire sont liés et enlevés.

Pas trace d'un fœtus, mais on trouve des villosités choriales bien nettes.

OBSERVATION IX

Mme L... d'Archangel, âgée de 29 ans, mariée depuis huit ans, a eu il y a sept ans, un accouchement normal. Elle a nourri son enfant pendant deux mois.

D'après le dire du médecin traitant, la malade a eu, il y a trois ans, une grossesse de la trompe gauche qui la retint au lit pendant quatre mois. Elle a, depuis lors, une tumeur dans le ventre.

Le 5 février 1898, un gynécologue de Saint-Petersbourg croit à une grossesse de quelques semaines chez la malade. Le 12 février commencent des pertes de sang qui durent jusqu'au jour de l'opération.

Depuis cinq semaines, la malade a de vives douleurs dans la fosse iliaque droite. A plusieurs reprises elle a des crises de douleurs allant jusqu'à la syncope.

24 mars 1898. — Etat actuel : à la suite de ses vives douleurs et de ses pertes, la malade est très amaigrie et très anémiée. A gauche, on ressent une tuméfaction qui remonte presque jusqu'au nombril. L'abdomen est si douloureux qu'il est impossible de procéder à un examen exact.

Le 25 mars 1898. — Narcose au chloroforme.

Incision au niveau de la ligne blanche. L'appendice vermiforme est entouré d'une grande masse de vieux sang coagulé. La trompe droite, de la grosseur du poing d'un enfant dans son tiers externe, a la situation d'une tumeur intra-ligamentaire.

Elle se laisse facilement énucléer (avortement tubaire). Les annexes droites sont liées au moyen d'une ligature double puis enlevées. Il s'est formé entre l'épiploon et le fond de l'utérus une adhérence très vascularisée ; on y passe deux ligatures au catgut et on la sépare. Les annexes gauches sont soudées avec le rectum et l'S iliaque et forment un conglomérat d'adhérences qu'on sépare avec beaucoup de difficultés. L'ovaire gauche contient une kyste de la grosseur du poing, rempli d'un

liquide citrin transparent. L'extrémité abdominale de la trompe est oblitérée. Comme les fonctions physiologiques de la trompe gauche sont annulées et que l'ovaire correspondant est dégénéré, on enlève également les annexes gauches.

Convalescence excellente.

OBSERVATION X

MOREAU. Thèse d'agrégation, 1853.

Des grossesses extra-utérines. Grossesse extra-utérine double, un des fœtus bien conformé, l'autre acéphale.

Rosalie C..., 31 ans, journalière, entrée le 7 avril 1853 à la Salpêtrière, chez Oulmont, n'avait jamais eu d'enfants, toujours bien réglée, dit, il y a 12 jours, avoir fait une fausse couche; se croyait enceinte de 3 mois. Ses règles avaient manqué depuis janvier. Prise il y a 12 jours de douleurs hypogastriques accompagnées d'une perte de sang légère jusqu'à son entrée à l'hôpital. Elle a rendu des caillots et assure qu'un médecin a constaté la fausse couche. Depuis le jour où s'est déclarée la perte de sang, elle souffre de douleurs lombaires et hypogastriques; elle se sent faible, abattue et a gardé constamment le lit.

Visitée le 8 au matin; figure pâle, exprimant une profonde souffrance, ses traits sont grippés, elle répond mal, donne des renseignements confus. Pas de céphalalgie, quelques vertiges, ventre ni développé, ni tendu, ni météorisé, assez souple. La pression détermine des douleurs dans toute son étendue, mais ces douleurs ne sont vives que dans l'hypogastre, encore faut-il une pression assez forte. On ne sent ni tumeur, ni dureté dans la région hypogastrique, mais dans les fosses iliaques le toucher démontre que l'utérus est volumineux, peu mobile, le col fendu et entr'ouvert. Il s'écoule par les parties sexuelles un liquide blanchâtre; on ne trouve ni de caillots ni de fausses membranes.

Il y a eu quelques nausées, pas de vomissements, pas de selles depuis hier, affaiblissement assez considérable ; la malade est abattue, pas de chaleur anormale de la peau, pouls petit, fréquent, 108°. On prescrit 25 sangsues à l'hypogastre, des cataplasmes émollients et un lavement. Dans la journée, la malade pâlit beaucoup, eût plusieurs syncopes successives ; les extrémités se refroidissent ; elle expectore avec difficulté des crachats muqueux abondants : vers cinq heures, syncopes subintrantes, mort à quatre heures.

Autopsie 36 heures après la mort.

À l'ouverture de l'abdomen il s'écoule uné assez grande quantité de sang liquide et en caillots, qui remplit les flancs et surtout la cavité du bassin. Le péritoine est teinté de rouge ; cette teinte disparaît par le lavage, sans trace de phlegmasie, ni injection sous-séreuse, ni fausses membranes. Après avoir débarrassé l'abdomen des caillots et du sang liquide, on découvre, en refoulant en haut le paquet intestinal, une tumeur du volume d'une petite orange située dans la fosse iliaque droite, teintée en rouge, lisse à sa partie supérieure, inégale et raboteuse à sa surface extérieure et postérieure

En arrière, dans un point qui réunit la surface lisse à la surface inégale, on trouve une ouverture de la grandeur d'une pièce de un franc, à bords inégaux et déchirés. En écartant le bord de cette ouverture, on arrive à un corps étranger assez mobile qu'on reconnaît facilement pour un petit fœtus. Les organes génitaux furent extraits avec soin et on remarqua qu'il existait une espèce de kyste du volume d'un œuf à l'extrémité de la trompe gauche.

RÉSULTAT DE L'EXAMEN. — Matrice manifestement plus volumineuse qu'à l'état de vacuité, elle a augmenté de largeur et d'épaisseur. La longueur est de 9 cent. 1/2 ; le diamètre transversal d'une trompe à l'autre, 7 centimètres.

L'épaisseur des parois au niveau de l'orifice des trompes est de près de 2 centimètres, au col 1 centimètre. La substance

blanche, ferme, crie sous le scalpel. La cavité est lisse, blanchâtre, un peu inégale, comme tomenteuse. Dans la cavité du col jusqu'au museau de tanche on voit une masse gélatino-albumineuse blanchâtre et transparente, qui bouche complètement le col utérin. Celui-ci est volumineux, cylindrique, l'orifice fendu en travers laisse voir l'espèce de bouchon cylindrique dont j'ai parlé. Un stylet est introduit dans l'orifice des trompes, mais il est impossible de le faire pénétrer plus avant.

Au côté droit de la matrice, de l'autre côté de l'ovaire, la trompe est terminée par une tumeur arrondie, ayant 7 centimètres dans son diamètre longitudinal, 6 centimètres de diamètre transversal. Cette tumeur est fermée extérieurement par une masse qui n'est autre chose que les cotylédons d'un placenta. Dans toutes les autres parties l'enveloppe de la tumeur est mince et comme fibreuse. En arrière, au point où le placenta s'unit à la partie lisse de l'enveloppe, on trouve une ouverture à travers laquelle on voit un petit fœtus, enveloppé d'une membrane transparente, qui est exactement appliquée sur son corps sans interposition de liquide. Le fœtus étant extrait on voit que cette membrane tapisse toute la cavité du kyste, à laquelle elle adhère par des filaments cellulux. Le petit fœtus a 6 centimètres de longueur, toutes ses parties sont parfaitement conformées, un long et grêle cordon l'unit au placenta.

Au côté gauche de la matrice, à 5 centimètres de l'extrémité utérine de la trompe, se trouve une autre tumeur moins volumineuse que celle du côté droit, elle est tout à fait close et ressemble à un petit œuf. Une incision pratiquée à sa surface fait jaillir un liquide transparent, et au fond de la tumeur nous trouvons un deuxième petit fœtus, reconnaissable aux extrémités inférieures très apparentes, à un membre thoracique, celui du côté gauche, et au cordon ombilical naissant de la partie inférieure de l'abdomen ; ce deuxième fœtus était acéphale, long de 4 centimètres. Le placenta est situé au côté externe de la tumeur et réuni au fœtus par un petit filament.

Les deux tumeurs se sont développées aux dépens des trompes et de leurs pavillons.

Les ovaires n'y participent en aucune façon, ils sont placés à la partie inférieure des tumeurs. A l'extérieur, en examinant le fond de l'utérus, on voit que le grand épiploon a contracté des adhérences avec lui, ainsi qu'avec la trompe gauche : celle-ci est tirillée et plus rapprochée de l'utérus que l'autre.

Après l'examen attentif de la pièce nous avons pensé que le petit fœtus acéphale était d'une mort déjà ancienne, car il a subi les transformations qu'on remarque dans beaucoup de ces tumeurs, qui après la mort du fœtus séjournent longtemps dans le corps de la mère sans compromettre sa santé. La rupture de l'autre kyste a été évidemment la cause de la mort et, quant aux transformations du fœtus, M. Mayon dit qu'en ouvrant le cadavre d'une femme de 78 ans, il trouva dans la cavité abdominale une tumeur qui occupait la moitié droite du petit bassin et adhérait intimement par un tissu cellulaire épais à la vessie, au vagin et à la matrice.

La membrane qui formait l'enveloppe extérieure de cette tumeur avait un centimètre d'épaisseur, était presque cartilagineuse, elle n'avait aucune communication avec les parties adjacentes. Elle contenait un fœtus entièrement ossifié de la forme et de la grandeur d'un fœtus de 3 mois.

OBSERVATION XI

JOHN MORFIT. *Medical News*, 2 juin 1900.

Grossesse extra-utérine dans le moignon d'une trompe amputée

En août 1897. M. A..., âgée de 23 ans, se fit avorter. Elle était employée dans un entrepôt et comme elle ne voulait éveiller aucun soupçon, elle continua à vaquer à ses occupations pénibles qui l'obligeaient à rester debout une grande partie de la journée. C'était son deuxième avortement.

Elle me fut adressée dans la seconde quinzaine d'août 1897.

Elle présentait alors tous les symptômes d'une inflammation du petit bassin : fièvre à type rémittent, douleur et sensibilité surtout dans la partie inférieure de l'abdomen, exagérées dans l'effort et par la palpation. Il y avait de la constipation et du ballonnement. La malade avait également un écoulement muco-purulent très abondant ne contenant pas de gonocoques mais seulement les microbes ordinaires de la suppuration. L'utérus était mou, très sensible et rouge.

Dans le cul-de-sac droit, on pouvait reconnaître une masse environ de la grosseur d'un œuf de poule ; elle était rénitente, mais ne donnait pas de fluctuation. L'ovaire et la trompe gauche étaient absolument sains.

La masse de droite me parut être un pyo-salpinx, résultant d'un incident infectieux de son avortement criminel. Je me décidai de suite à une intervention.

La trompe et l'ovaire furent enlevés et environ une once de pus s'échappa de la trompe tordue et distendue. A ce moment, je ne remarquais pas à quelle distance de l'utérus j'appliquais la ligature. La guérison fut rapide et sans incident. Je ne revis la malade que six mois après, pour lui enlever un des fils de soie que j'avais employés pour suturer le fascia. Depuis cette époque, pour les sutures profondes, j'ai absolument substitué à la soie le catgut qui m'a toujours donné d'excellents résultats.

Le 17 décembre 1899, deux ans et quatre mois après, je fus appelé dans la soirée pour voir cette même personne. Elle avait un poulx faible et filiforme que je ne pouvais pas compter ; l'air écrasé de fatigue ; les lèvres étaient pâles ; les mains et les pieds froids ; la respiration rapide et courte avec une dilatation des narines à chaque mouvement respiratoire. Elle me dit en quelques mots prononcés lentement que ses règles étaient en retard de deux semaines et qu'elle pensait être enceinte. Elle se plaignait d'une douleur très intense dans le côté droit, douleur allant de l'épaule jusqu'à la hanche avec prédominance dans la région iliaque droite. Elle était si faible, nerveuse et excitée que je ne pus faire aucune tentative pour l'examiner

d'une façon complète. Malgré tous ces symptômes, il n'y avait pas à craindre une hémorrhagie. Je fis une injection hypodermique de morphine et de strychnine et j'injectai un quart de solution saline dans le rectum. Cette injection fut gardée et le pouls ne tarda pas à s'affermir, donnant 120 pulsations ; la température était au-dessous de la normale. Comme la malade était tranquille et calme, je la laissai, et je ne revins que le lendemain matin. A ce moment, je pus avec moins de difficulté mais non sans causer une douleur très vive à la patiente, examiner l'abdomen lequel était très distendu et tympanique excepté à la partie inférieure et postérieure des flancs. Ce point présentait une saillie et donnait de la matité à la percussion. L'état général de la malade était un peu meilleur que la veille : le pouls était maintenant à 110 et plus marqué. Je fis à nouveau une injection salée par le rectum, et engageai la malade à boire autant de liquide qu'elle le pourrait. Sa grande soif l'obligea à le faire souvent.

Je fus rappelé et trouvai la patiente dans un état de collapsus profond. Le pouls radial avait complètement disparu, et celui de la carotide était à peine perceptible.

A l'auscultation du cœur je n'entendais qu'un bruissement continu sans parvenir à découvrir un battement régulier. La patiente était stupide et répondait aux questions d'une façon incohérente. Lorsque le premier collapsus était survenu, j'avais conclu à un cas de grossesse ectopique ; quant à ce second collapsus, il était dû sans aucun doute à une hémorrhagie interne. A ces deux moments, l'état de la malade était tel qu'il écartait de suite la pensée d'une opération immédiate. Je pouvais seulement espérer la trouver dans de meilleures conditions pour qu'elle pût être anesthésiée. Je me contentai d'administrer un autre quart de lavement de solution salée, et de la strychnine, nitro-glycérine et morphine par voie hypodermique.

Le lendemain, à la nuit, soit trente-six heures après ma première visite, elle me fut amenée à l'hôpital. Son pouls faible et filiforme était de 108 pulsations ; sa température était de 97° F.

Une pinte (57 centilitres) de solution salée normale lui fut immédiatement injectée sous chaque sein dans le tissu lâche du grand pectoral. Le même liquide fut injecté par voie rectale, mais ne fut pas gardé.

Fort heureusement, la malade n'avait pas de vomissements ; elle put donc avaler une quantité considérable de liquides. Comme elle se plaignait beaucoup de la douleur, la morphine et les stimulants lui furent largement administrés par la voie hypodermique.

Le second jour après son entrée à l'hôpital, à huit heures du matin, le pouls était à 150, faible et dépressible, et la température au même moment de 101° F. L'un et l'autre restèrent en cet état, mais le pouls devint plus fort et la douleur plus grande dans l'après-midi. La douleur était maintenant localisée à la région iliaque droite, la sensibilité abdominale plus aiguë. Les autres symptômes abdominaux étaient un peu plus intenses.

A cinq heures après midi, je décidai de courir les risques d'une opération, néanmoins je n'avais que peu d'espoir de ramener vivante la malade de la table d'opération. Je fis l'incision à peu près sur la cicatrice de la première opération et découvris plusieurs des fils de soie des sutures profondes enkystées formant une bande de cicatrisation allant de la ligne médiane en dehors et en arrière du fond du cœcum jusqu'au point de terminaison de l'appendice. Mon premier souci dans le cours de mon opération fut de trouver le point saignant et d'arrêter l'hémorrhagie.

La cavité abdominale était pleine de caillots noirs mais sans fétidité : il y avait aussi une certaine quantité de sang rouge liquide.

Sachant que j'avais enlevé les annexes droites dans la précédente opération, je cherchai les annexes gauches ; pour cela je me frayai une route à travers les caillots et appliquai une pince à forcipressure sur la portion du ligament large gauche à proximité. Par cette compression, je me sentis à l'aise pour

procéder à la toilette de la cavité abdominale et j'enlevai plus d'un gallon de caillots et de sang liquide.

Quelle ne fut pas ma surprise, lorsque j'eus un champ opératoire net, de voir que le point d'hémorrhagie était dans le moignon de la trompe de ma première opération. Elle était déchirée sur une longueur de $3/4$ de pouce environ, laissant voir un placenta dilacéré à travers l'orifice. Une autre pince à forceipressure fut appliquée sur la trompe du côté droit. Chaque trompe fut liée le plus près possible de l'utérus et les portions externes enlevées. L'abdomen fut alors inondé d'eau salée et recousu avec plusieurs sutures profondes au catgut.

La patiente fut retransportée dans son lit et il lui fut donné tout ce qu'il est possible de donner pour remonter les forces et diminuer le shock opératoire. La respiration artificielle fut pratiquée pendant deux heures. Une solution salée fut injectée par le rectum, sous les seins et dans le tissu cellulaire des cuisses. Le contenu de vingt seringues hypodermiques de *brandy* et en outre de la strychnine et de la nitro-glycérine furent administrées. Pendant plusieurs heures la patiente parut ne jouir que d'une vie artificielle mais nos efforts persistants furent récompensés finalement par un retour graduel de la connaissance et des signes plus évidents de la vie réelle. La guérison était achevée et la malade ne souffrait plus que du désagrément que lui produisait la brûlure par les boules d'eau dont on avait entouré ses jambes. Actuellement elle jouit d'une bonne santé et ne souffre nullement. Dans l'ovaire enlevé on retrouva la cicatrice d'un gros corps de Graaf rompu.

C'est là, je crois, une variété de grossesse extra-utérine qui n'a jamais été rencontrée jusqu'ici, et, pour cette raison, je l'ai appelée « stump pregnancy ». Elle s'est développée dans le moignon d'une trompe dont je n'avais pas enlevé complètement la partie la plus rapprochée de l'utérus. D'une part, du côté droit, l'absence de l'ovaire et de la plus grande partie de la trompe obtenue par une ligature; d'autre part, du côté gauche, la présence d'un ovaire renfermant un large corpuscule jaune et d'une trompe

normale, ne peuvent donner lieu qu'à une seule explication qui est la suivante : l'ovule fécondé a pu, du côté gauche, passer à travers la trompe gauche et la cavité utérine dans les restes de la trompe du côté droit où il commença à se développer et finit par rompre ce tronçon dans l'abdomen.

Ce cas renverse la théorie et l'idée acceptée avant nous d'une façon générale, que la grossesse ectopique est due à quelque processus mécanique ou inflammatoire s'opposant à la descente de l'ovule fertilisé.

Ce cas, à mon avis, prouve très clairement que l'œuf peut voyager soit de haut en bas, soit de bas en haut, et que l'ovule peut être fécondé en n'importe quel point du tube ovarien ou de l'utérus.

OBSERVATION XII

PHILANDER HARRIS. *Medical News*, 1900.

Deux cas de récidives de grossesses extra-utérines.

1^{er} Cas. — M. W. J. B., premier enfant né en 1888; second en 1892; troisième en avril 1895; pas de fausse couche.

Le 16 septembre 1896, six semaines écoulées depuis ses dernières règles, elle fut atteinte à 1 heure de l'après-midi de douleurs très vives dans l'abdomen.

C'était une douleur continue s'étendant depuis le bassin jusqu'à la région lombaire, accompagnée de coliques fréquentes. Après une durée de trois heures, ces symptômes se calmèrent et furent suivis d'une grande exagération de la sensibilité dans la partie inférieure de l'abdomen. Quatre heures après le commencement des douleurs, elle se trouva tellement mieux qu'elle put s'asseoir sur une chaise et moins de 9 heures après le début de la crise douloureuse, elle fut transportée chez elle en voiture à une distance de plus d'un mille (1 kil. 600). La patiente pour décrire ces coliques, les comparait aux épreintes d'une crise de diarrhée qu'elle avait eue auparavant. Pendant

toute la durée de ces douleurs elle eut toujours en plus de constantes nausées mais pas de vomissements.

Jeudi. 17 septembre, elle ressentit une légère douleur vague dans l'abdomen, mais pas de coliques douloureuses, elle resta debout la plus grande partie du jour et se livra même à quelques travaux de ménage. Elle continua de se porter fort bien jusqu'au vendredi 18 septembre à 6 heures, moment où les coliques reprirent avec une grande gravité durant environ une heure et accompagnées d'une grande exagération de la sensibilité de l'abdomen. Elle gagna alors son lit où elle se trouva fort bien toute la nuit. Samedi 19 septembre, l'abdomen continue à rester très sensible, constante envie de vomir.

La nuit du samedi est bonne et la malade se lève le dimanche matin 20 septembre, mais elle resta toute la journée étendue sur sa couche ou assise sur une chaise. Elle se retira à 8 heures, dans la soirée, et fut prise à 10 heures de douleurs terribles ; après un moment de souffrance, sa sœur arriva et s'écria devant son mari et en présence de la malade, que la patiente était mourante. Depuis ce moment jusqu'à celui où elle reprit ses sens après la laparotomie, la malade n'a qu'un souvenir vague de tout ce qui s'est passé autour d'elle. Cet état a duré 17 heures.

Le docteur R. M. Curts, son médecin, vit le premier la patiente à 11 h. P. M. 20 septembre, depuis le commencement des coliques les plus sévères.

L'abdomen était légèrement ballonné, de plus elle vomit souvent depuis ce moment jusqu'après l'opération.

Le Dr Curts trouva 120 au poulx ; température 99° F. Il lui fit une nouvelle visite à 4 h. du matin, 21 septembre ; son poulx était alors à 130 ; sa température de 97° F ; elle était très pâle.

Je vis le cas 8 heures après, à midi, avec le Dr Curts. Le poulx était alors plus rapide que le matin ; la température 97° F.

Elle fut conduite à l'hôpital général de Paterson pour une laparotomie.

En arrivant à l'hôpital, elle fut immédiatement conduite à la salle d'opération ; son pouls était alors de 160 à 170 et pouvait à peine être compté au poignet.

En ouvrant la cavité abdominale nous trouvâmes qu'elle contenait une grande quantité (*pounds*) de caillots et des pintes de sang ; on ne découvrit pas de fœtus ; tous les points qui donnaient du sang furent liés, la cavité abdominale nettoyée et l'incision recousue.

Une solution salée normale par le rectum, de la strychnine par la voie sous-cutanée, des bottles d'eau chaude et les autres traitements employés en pareil cas furent mis en œuvre.

La convalescence se fit sans interruption, la patiente quitta l'hôpital vingt-cinq jours après l'opération en état de santé.

Je me trouvais très chagriné de constater que je n'avais pas pris en note le côté où se passa cette gestation. La patiente ne put rapporter ses douleurs à un côté déterminé. L'impossibilité où je me trouve de préciser nettement ce point enlève à ce cas une grande partie de son intérêt. J'ai cependant l'habitude, habitude que connaissent bien ceux qui travaillent avec moi, de prendre des notes détaillées sur les malades et aussi sur les opérations ; ce cas est donc une exception d'autant plus malheureuse à ma règle habituelle.

SECONDE ATTAQUE. — Deux fois de suite, au printemps de 1897 et de 1898, elle n'eut pas ses règles, en dehors de ces deux exceptions, elle fut réglée régulièrement jusqu'à et inclus le 24 mars 1899. Elle ne les observa pas durant le mois d'avril suivant jusqu'au 5 mai environ, jour où elle eut un léger flux menstruel.

Elle travaillait dans son jardin à 11 heures du matin, ce jour-là, lorsqu'elle fut prise de coliques douloureuses et tout son abdomen devint extrêmement sensible. Elle rentra dans sa maison et y resta une heure ou deux, après quoi les douleurs cessèrent, laissant seulement une sensibilité exagérée de l'abdomen. Dans l'après-midi, elle reprit son travail dans le

jardin et n'eut pas de retour des douleurs jusqu'au samedi 20 mai. Ce jour-là elle eut de légères coliques et un peu de malaise abdominal.

Elle resta au lit jusqu'au mardi suivant 23 mai, ce jour-là, elle fit deux ou trois milles.

Depuis ce moment, elle se trouva fort bien jusqu'au mardi 30 mai, jour où les coliques reprirent, bien qu'elles ne furent pas très sévères. Elle eut de nouveau une légère apparition de sang au vagin.

Le docteur James M. Curts, beau-frère du docteur Curts déjà nommé, la vit à cette date. Elle resta au lit avec quelques interruptions jusqu'en juillet.

Depuis le 30 mai jusqu'en juillet, elle perdit du sang par la voie vaginale presque journellement, avec plusieurs caillots dont l'expulsion était précédée de vives douleurs.

Le mercredi 21 juin, elle fut curettée par son médecin, le docteur Curts, sans aucun soulagement de sa métrorrhagie.

Du 21 juin au 2 juillet la patiente découvrit une tumeur faisant relief hors du bassin, légèrement à gauche de la ligne médiane, tumeur qui d'après elle devenait rapidement plus large.

Malgré le rapide développement de cette tumeur, elle ne ressentit aucune douleur non plus qu'aucune exaspération de la sensibilité abdominale ; en fait, elle se sentait mieux depuis le curettage du 21 juin, et se trouvait mieux hors du lit.

Je vis la patiente pour la première fois avec le Dr Curts, le 2 juillet. Considérant le cas comme une récurrence de grossesse extra-utérine, une laparotomie fut proposée et pratiquée le jour suivant.

En ouvrant l'abdomen, un peu de sang fut trouvé dans la cavité abdominale, et un hématome faiblement enkysté, de la grosseur d'une tête d'enfant, avec une large base d'implantation sur la corne gauche de l'utérus.

Les points qui donnaient du sang furent liés, la cavité abdominale nettoyée de son sang et l'opération terminée.

La patiente fit une bonne convalescence, quittant l'hôpital dix-sept jours après celui de l'opération, en état de santé.

Deuxième cas. — M^{me} M.-A. F..., âgée de 30 ans, mariée depuis 13 ans ; un enfant de 11 ans ; pas de fausse couche. Elle était réglée toutes les quatre semaines, régulièrement si on ne compte pas un retard de dix jours qu'elle eut cinq ou six ans plus tôt.

Ses menstrues ordinaires duraient cinq jours, ne présentaient pas de caillots, étaient en quantité normale et très ordinairement accompagnées de légères douleurs le premier et le second jour.

Le 6 mars 1899, après douze jours de retard, elle eut des menstrues de quantité normale, de caractères normaux, d'une durée de six jours, mais avec plus de douleur dans la fosse iliaque droite.

La position assise déterminait des douleurs dans le bassin, et il lui fut difficile de s'asseoir dans les semaines suivantes et même jusqu'après l'opération.

Le 16 mars, elle commença à perdre à nouveau, et cela continua quatre ou cinq jours, avec des coliques douloureuses dont le siège était surtout la région iliaque droite.

Elle fut examinée pour la première fois par le Dr Ventura-Fuentès, de New-York-City, environ le 21 mars. Elle avait alors l'abdomen très sensible, avec une douleur aiguë dans le flanc droit.

Elle resta hors de son lit pendant la plus grande partie de la journée et s'adonna à quelques soins de ménage. Les douleurs étaient si fréquentes et si sévères que l'on fut obligé d'employer la morphine pour les calmer.

Le sang apparut de nouveau le 26 mars, et cela continua jusqu'au 30 mars ; les caillots apparurent alors pour la première fois.

Du 30 mars au 28 avril, jour de son entrée à l'hôpital, elle perdit à peu près journellement et rendit plusieurs caillots ; les

coliques douloureuses continuaient. Elle ne resta jamais deux jours de suite sans une perte. Le jour des plus fortes douleurs fut le dimanche 23 avril, elles durèrent nombre d'heures; elles furent fréquentes dans l'après-midi et la réveillèrent souvent dans la nuit. Leur siège se trouvait dans le flanc droit.

Deux ou trois jours avant son entrée à l'hôpital, elle défaillait en mainte occasion; on fut obligé de l'éventer longtemps, et la nuit entière elle fut dans un état nauséux.

Elle fut admise à l'hôpital le 28, son pouls était à 88°; sa température de 99° F.

Je tentai de pratiquer sur cette patiente une opération par la voie vaginale mais il était impossible de vérifier l'hémorrhagie par cette voie et de suite l'incision supra-pubienne fut pratiquée.

En faisant l'incision vaginale préliminaire, un petit fœtus apparut accompagné d'une grande quantité de caillots et de sang qui furent drainés de la cavité abdominale.

Après avoir fait l'incision sus-pubienne, les points donnant du sang furent liés avec du catgut, la cavité abdominale nettoyée et un gros drain de gaze placé à travers le cul-de-sac de Douglas dans le vagin. La patiente fit une bonne convalescence et fut renvoyée guérie de l'hôpital 22 jours après son opération.

Elle fut réglée ensuite régulièrement pendant six mois jusqu'à la récurrence de la grossesse ectopique.

SECONDE ATTAQUE. — Le 24 décembre 1899, après une période de 38 jours écoulés depuis ses dernières règles, la patiente eut un flux menstruel de quantité plus considérable qu'à les menstrues normales et qui dura 6 jours. Il était formé de sang fluide; le 30 cependant apparurent des caillots.

Le 1^{er} janvier 1900 elle fut prise de douleurs sévères pour la première fois dans la région lombaire gauche, qui passèrent très rapidement dans la région iliaque gauche et devinrent médianes dans l'hypogastre.

Les douleurs commencèrent à 7 heures 1/2 dans la soirée et furent ininterrompues et très sévères jusqu'à 11 heures 30 de la

nuit. Pendant cet intervalle elle vomit deux fois. A minuit les douleurs se calmèrent et elle dormit légèrement pendant le reste de la nuit.

Après le 1^{er} janvier, elle n'eut pas de douleurs très sévères, mais elle eut de légères douleurs dans la région iliaque gauche plusieurs fois par jour, et une douleur dans la région sacrée jusqu'après l'opération.

Elle eut aussi l'abdomen très sensible le 23 et le 24.

Le suintement sanguin apparut aussi à l'entrée du vagin le 4 et dura 1 jour 1/2.

Le 5 janvier, quand je la vis pour la première fois, elle se plaignit d'une grande douleur à l'épaule gauche et en d'autres parties du corps.

Elle avait alors une légère douleur dans le côté gauche, et la partie inférieure de son abdomen était légèrement sensible à la pression ; le pouls était à 88 ; la température 99° F.

Elle fut conduite à l'hôpital général de Paterson le 6 janvier. Elle eut une décharge brunâtre par le vagin et une légère douleur dans le côté gauche du bassin.

Elle fut éthérisée le 7 janvier, et on lui trouva un utérus légèrement plus large que la normale, la trompe gauche très élargie surtout au niveau du pavillon. On ne découvrit rien d'anormal du côté droit de l'utérus. Le pouls était à 90° ; température 99° F. Depuis ce moment jusqu'au 25 janvier, la malade se porta complètement bien, elle avait seulement de légères douleurs dans le côté gauche du bassin ; elle était plutôt mieux de toutes façons ; son pouls à 90 environ, et sa température près de la normale.

Je la réexaminai alors sans l'aide d'un anesthésique.

Je trouvai du côté droit de l'utérus une tumeur arrondie de moins de trois pouces de diamètre et une trompe ni plus large ni probablement différente de la description que j'en ai donnée dans mon observation du 7 janvier.

Je pratiquai une laparotomie. Une grande quantité de sang fut trouvée dans la cavité péritonéale, avec des caillots adhérents à la trompe gauche rompue. La trompe gauche fut enlevée

ainsi que la tumeur arrondie, laquelle n'était, comme on en eut la preuve, qu'une exsudation enkystée dans le ligament large droit, contenant un sérum coloré.

Je considérai cette petite tumeur comme secondaire à l'état pathologique du côté gauche de l'utérus.

La patiente fit une convalescence rapide et ininterrompue, quitta l'hôpital en état de santé vingt jours après l'opération.

Les cas de récidives de gestations ectopiques sont sans doute rares.

Cependant Taylor, de Birmingham, a présenté un cas de deux grossesses dans la trompe droite. La première ne fut pas opérée, le diagnostic fut basé sur la formation d'un hématome au moment de la rupture et la découverte d'une vieille cicatrice dans la trompe enlevée lors de l'opération de la récidive.

Olshausen enleva un enfant vivant, et en moins d'une année, il opéra cette même femme pour la rupture d'une grossesse dans la trompe gauche, grossesse déjà au cinquième mois.

Hermann a opéré pour une rupture de la trompe une femme sur laquelle on diagnostiqua une grossesse tubaire non rompue du côté opposé.

Mon premier cas est une récidive de grossesse ectopique dans le pavillon de la trompe du côté droit et je pense que ce côté avait été également le siège de la première grossesse.

Dans mon second cas, la première grossesse ectopique a eu lieu dans la trompe droite, la seconde dans la trompe gauche.

OBSERVATION XIII -

WARNIER. *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie, tome II, 1900, page 259.)*

1^{re} grossesse ectopique

Du 10 au 16 juillet, à la date réglementaire, écoulement sanguin, ayant comme quantité et qualité tous les caractères des règles normales.

Le 13 août, se terminent les dernières règles (?) venues le 7 avec un peu d'avance ; sang noir.

Jusqu'au 1^{er} septembre, rien à signaler.

Le vendredi 1^{er} septembre (soit dix-huit jours après le dernier écoulement sanguin et trente-neuf jours après la fin des règles normales de juillet), première crise douloureuse qui oblige à prendre le lit : douleurs de rein et surtout de ventre ; tiraillements à l'hypogastre, au milieu et un peu à droite ; nausées ; pas de vomissements. Rien à noter du côté de la vessie et du rectum. A la suite de la crise, persistance d'un endolorissement, qui oblige à substituer aux souliers à talons des souliers de tennis.

Samedi 2 septembre. Abandon du lit, allées et venues toute la journée pour organiser la chasse du lendemain.

Dimanche 3 septembre. Ouverture de la chasse ; marche toute la journée sans effort, sans fatigue, sans douleurs, avec repos assis dans l'intervalle des battues seulement.

Lundi 4, mardi 5, mercredi 6. Rien à signaler.

Le jeudi 7 septembre, sensation de fatigue sans souffrance localisée. Repos au lit parce que c'est le moment où devaient venir les règles, qui déjà retardent. Jusque-là aucun soupçon de grossesse. Mais rien ne venant, abandon du lit le vendredi 8 et reprise de la vie ordinaire le samedi 9, c'est-à-dire : 50 kilomètres en voiture à deux roues non caoutchoutées, conduisant, sans rien noter d'anormal.

Dimanche 10. Chasse ; transport à 6 kilomètres en voiture à quatre roues ; marche de trois heures et demie. Retour. Rien à noter.

Lundi 11 septembre. Mal en train ; pas de douleurs ; debout toute la journée.

Mardi 12. Bien, repos à la maison.

Mercredi 13. Bien, course en voiture à deux roues ; rien à noter.

Jeudi 14 septembre. Le matin vers neuf heures, au lever, en essayant d'uriner (ce qui depuis une huitaine est accompagné

d'un peu d'appréhension), brusquement, douleur poignante au-dessus du pubis et un peu à droite, comme si un tourne-vis s'enfonçait dans le ventre. Se sent défaillir, a néanmoins la force de regagner son lit et de s'y étendre. Puis perd connaissance.

C'est par hasard que la femme de chambre la trouve en cet état, qui peut avoir duré deux ou trois minutes.

On fait respirer des sels ; l'état syncopal s'amende au bout de cinq à six minutes ; trois vomissements se produisent. La douleur s'atténue spontanément. Il est alors dix heures et demie.

Le reste de la journée se passe au lit sans nouvelle crise ; mais le ventre reste très sensible.

Vendredi 15 septembre. Journée calme, passée au lit.

Samedi 16. Se lève, va et vient dans la maison et le jardin.

Dimanche 17. Se trouve très fatiguée ; se lève néanmoins mais ne quitte pas la maison, bien que ce soit jour de chasse.

Le soir, avant dîner, nouvelle crise très analogue à la précédente (douleur atroce, vomissements, etc.), calmée par le laudanum.

Lundi 18. Mieux, mais repos au lit.

Mardi 19. Reprise de la vie ordinaire.

Mercredi 20. Le matin, nouvelle crise d'une demi-heure, moins violente. C'est alors qu'on se décide à me faire appeler. Je promets ma visite pour le lendemain.

Jeudi 21 septembre. Je vois la malade à quatre heures et demie, encore endolorie de la crise de la veille. A l'examen, par la vue et le palper, masse remontant à 8 centimètres au-dessus du pubis, donnant l'illusion d'un corps utérin gravide de trois mois en forte projection antérieure, mais ne pouvant être délimité avec précision tant le palper est douloureux. La douleur à la pression est à son maximum sur la ligne médiane où le moindre effleurement arrache une plainte. Pas de ballonnement ; la réaction péritonéale semble limitée.

Impossible, vu la douleur, de pratiquer un examen sérieux par le toucher. Le col est mou, fermé, non dévié ; rien ne bombe dans les culs-de-sac.

Dès qu'on veut combiner le palper au toucher, cris et défense. La douleur semble à son maximum en arrière du col. Pouls 100.

La famille est immédiatement prévenue qu'il s'agit probablement d'une grossesse ectopique rompue et que le transfert à Paris s'impose et pour l'établissement d'un diagnostic ferme et pour être à portée du secours chirurgical qui peut urger avant que nous soyons autorisé à l'imposer. Je demande que la décision soit rapidement prise et qu'en cas de nouvelle crise on appelle sans tarder le médecin du voisinage, soit pour faire une piqûre, soit pour me renseigner sur l'urgence.

A sept heures du soir, nouvelle crise douloureuse, plus violente que les précédentes, avec maux de cœur, lipothymies, cris, sensation d'appui périnéal comme pour accoucher. Pas d'efforts d'expulsion, pas de troubles vésicaux. Sensation de boule médiane se contractant et augmentant de volume. Cataplasmes laudanisés. Cela dure deux heures. Le médecin appelé fait une piqûre de morphine, qui achève de ramener le calme. La température vaginale est à 38,8. La malade s'endort à 2 heures du matin et ne s'éveille qu'à 8 heures.

Vendredi 22 septembre. Légère détente le matin. Pas de douleurs, même au toucher du médecin, qui cherche une « dilatation du col ». Nausées toute la matinée. Température 38,6.

A trois heures, à ma consultation, visite du mari, qui me déclare que, après la crise de la nuit, le retour est matériellement impossible. J'insiste. A son arrivée à la campagne il trouve un mieux sensible et se décide, après une visite du médecin qui se range à mon avis, « tout en ne voyant pas bien ce que je crains », à préparer le retour à Paris.

Samedi 23 décembre. Nuit bonne ; journée calme, sans aucune douleur. Vessie et rectum fonctionnent normalement. Une voiture d'ambulance est commandée pour arriver le dimanche soir et revenir le lundi avec la malade et son médecin.

Le dimanche 24, vers cinq heures du soir, après une journée

de grand calme, brusquement, sans douleur, étant au lit, début de perte, d'abondance moyenne, de coloration raisinée. On me téléphone immédiatement pour me demander s'il faut, « en présence de cette menace caractérisée de fausse couche », *revenir quand même*. Je recommande de ne pas s'en laisser imposer par les apparences, et même si quelque chose ressemblant à un œuf était expulsé, de bien l'examiner, de le mettre de côté pour m'être présenté et de *revenir quand même*.

À dix heures du soir, le médecin constate qu'il n'y a « aucune ouverture du col ». Nuit bonne.

Lundi 25 septembre matin. Température 37.8. La perte continue, noire, très peu abondante.

Arrivée à Paris à cinq heures un quart. Je la vois à six heures et demie, bien. Je remets tout examen au lendemain. La perte continue ; on me montre tous les cotons tachés depuis le début ; c'est absolument insignifiant.

À huit heures du soir, on me téléphone que « la fausse couche est faite sans douleurs ». Je recommande de mettre de côté le corps du délit pour m'être soumis le lendemain. La perte continue, insignifiante, noire. Injection antiseptique et repos.

Le mardi 26 septembre au matin on me présente ce qui a été expulsé la veille au soir. C'est une caduque en deux morceaux qui sera décrite et figurée plus loin. T., 36°9 ; P., 80. Pas de douleurs. Perte insignifiante, plus rouge, ayant fait sur le coton, depuis la veille, une tache large comme cent sous.

La masse perçue et décrite le 21 septembre reste à 6 ou 7 centimètres au-dessus du pubis, toujours très sensible au palper.

Mercredi 27 septembre, à 5 heures du matin, nouvelle crise pour laquelle je suis appelé. À mon arrivée, elle est finie ; il y a eu expulsion d'un petit caillot. T., 37°4.

À 11 heures du matin, nouvelle crise durant vingt minutes. Je vois la malade calmée à 6 h. 1/2, accusant seulement des envies de pousser. Au toucher cependant rien de saillant.

Jeudi 28 septembre, nuit bonne ; journée bonne. T. s., 38°4. P. 100.

Consultation avec mon maître Pinard et mon ami Hartmann sur l'opportunité d'une intervention qui est décidée vu la persistance des crises douloureuses, l'élévation tenace du pouls, les oscillations de la température autour de 38°.

L'opération fut pratiquée par Hartmann le 3 octobre.

Il s'agissait bien d'une grossesse tubaire droite rompue avec peu de sang épanché et pas d'enkystement. Les annexes gauches, examinées sur ma demande, furent trouvées absolument saines. Avis en fut donné aux intéressés.

2^e Grossesse ectopique.

En mars 1900, la guérison étant complète et parfaite, les règles, qui s'étaient rétablies le 20 novembre 1899 et qui depuis étaient revenues avec une régularité parfaite à intervalles de vingt jours, parurent le 29 et durèrent jusqu'au 4 avril.

Le 25 avril (date où elles devaient revenir) et jours suivants, elles manquent. On pense dès lors au début de la grossesse promise et désirée.

Jusqu'au 4 mai, rien que de très banal : quelques nausées, envies de dormir, etc.

Le 4 mai, à la promenade, sans douleur localisée, une lipothymie qui décide la patiente à rentrer et à se reposer le reste de la journée.

Le 5 mai (trente et un jours après la fin des dernières règles), après une nuit et une journée bonnes, elle est prise à minuit, à la fin de la veillée, d'une douleur violente dans la fosse iliaque gauche ; cette douleur, que la pression exaspère, a identiquement les « mêmes caractères que la douleur de l'automne dernier » ; elle s'accompagne de ténésme et d'irradiation dans la cuisse gauche. Toute la nuit elle tient au même point.

Ce que voyant, la malade décide spontanément de rentrer à Paris le dimanche soir 6 mai et me prie de la venir voir le lundi matin 7.

Dans la journée du dimanche 6, la douleur persiste, plus aiguë même le matin, s'irradiant vers le sein gauche et amenant 3 vomissements. Après déjeuner survient un peu de calme, dont on profite pour gagner Paris.

En voiture pour gagner la gare distante de 2 kilomètres, en chemin de fer, en fiacre à l'arrivée à Paris, elle se sent si bien qu'elle n'hésite pas à me désobéir : au lieu de prendre le lit en rentrant chez elle, elle va dîner en ville.

Pendant le dîner la douleur repique et devient telle à 9 heures que la malade se voit obligée de se faire ramener chez elle. De 9 heures à 11 h. 1/2 crise douloureuse atroce avec 3 vomissements, calmée vers 5 heures du matin.

Reprise de 5 h. 1/2 à 7 h. 1/2, suivie d'un peu de calme jusqu'à mon arrivée, vers 9 heures du matin.

J'assiste à ce moment à une petite crise avec 2 essais de vomissement.

L'examen, vu l'extrême sensibilité du ventre, ne peut être fait à fond. Le ventre est plat. On ne sent au palper ni tumeur ni empatement ; défense musculaire à l'hypogastre avec maximum à gauche, le long du ligament de Poupart.

Au niveau de l'ancienne cicatrice et de l'ancienne fistule, rien.

Au toucher, je me borne à constater : col mou ; pas de saillie ni de douleurs dans les culs-de-sac ; en attirant et repoussant légèrement le col on augmente un peu la douleur de gauche. Pas d'écoulement sanguin

P., 80 ; T. 38°2.

Je prescris repos absolu au lit ; glace sur le ventre ; morphine au besoin.

La nuit du 7 au 8 est bonne.

Le 8 mai au matin, T., 37°5 ; P., 80. Depuis hier soir apparition d'un écoulement vaginal peu abondant, de coloration café au lait. La journée est marquée par une diminution progressive de la douleur spontanée et à la pression et une tendance à la localisation à gauche. T. s., 38°2 ; P., 84. A pu commencer à s'alimenter un peu.

Le mercredi 9 au matin, T., 37°5 ; P., 100. Le ventre est plus souple et moins douloureux à la pression ; la réaction péritonéale paraît s'atténuer. Dans la journée comme un *écoulement de sang noir peu abondant*. (Les dernières règles remontent à trente-cinq jours.)

T. s., 38°2 ; P., 120.

A 9 heures, recrudescence de la douleur à gauche ; elle va *crescendo* toute la nuit et aboutit le 10 au matin à des nausées suivies d'un vomissement. La douleur à gauche est la dominante. Mais il s'y est joint cette nuit et ce matin des douleurs à caractère un peu différent, « comme si l'utérus voulait expulser quelque chose ». T., 37°8 ; P., 76.

L'écoulement de sang noir a continué toute la nuit ; ce matin il est un peu plus rouge ; rien n'a été expulsé, ce que je contrôle en examinant tous les cotons.

Je touche doucement pour voir si rien n'a été expulsé dans le vagin car *j'attends une caduque*. Rien. Le toucher n'est pas douloureux ; pas de modifications du col ; utérus non abaissé, paraissant mobile, sans douleurs.

En combinant le palper au toucher, sans insister, on ne peut délimiter l'utérus. On note une résistance à 2 travers de doigt au-dessus du pubis gauche, au niveau du point douloureux, et une légère rénitence un peu à droite de la ligne médiane.

Dans le palper et toucher combinés le palper seul à gauche est douloureux. T. s., 38° ; P., 80. Fin de journée calme.

La perte continue légère, sans poussées.

Le 11, sédation très marquée. Continuation de l'écoulement noir peu abondant. T. m., 37° ; P., 80 ; T. s., 37°5 ; p. 80.

Le samedi 12 mai au matin (trente-huit jours après la fin des dernières règles), on me signale que, sans coliques, l'écoulement a été cette nuit plus abondant et plus rouge. mais que « rien n'a été expulsé ».

Les 13, 14, 15 mai, amélioration progressive. Ce dernier jour, le ventre n'est plus douloureux au palper ni même endolori ; il n'y a que la toux qui réveille un peu de douleur

dans la fosse iliaque gauche. L'état gastrique s'améliore. Seule la courbe thermométrique remonte un peu, 38°2, le pouls restant aux environs de 80. L'écoulement sanguin continue, mais de plus en plus faible. L'injection ne ramène aucun débris reconnaissable de caduque.

L'écoulement prend fin le 16 mai (après avoir duré huit jours).

Du 15 mai au 2 juin l'amélioration continue sous l'influence du repos au lit avec glace en permanence, au moins le jour ; la douleur à la toux finit par disparaître.

La température, après avoir encore atteint 38° le soir, le 17 et le 18 mai, revient définitivement à la normale.

Ce n'est que le 2 juin, cinquante-neuf jours après la fin des dernières règles, alors que tout semble bien éteint, que je pratique un examen qui ne révèle rien qu'un utérus un peu gros (comme le serait un utérus gravide *d'un mois et demi environ*) sans tumeur juxtaposée, sans culs-de-sac effacés et douloureux. L'exploration est facile à gauche, moins à droite, où il reste des adhérences. Il semble bien que la grossesse ectopique soit arrêtée et guérie. Je permets la chaise longue.

Pas de réaction après l'examen.

Le 5 juin, vingt jours après la cessation de la perte qui a accompagné l'expulsion de la caduque (deux mois après la fin des dernières règles), réapparition des règles, qui se passent sans encombre. Elles ont été depuis fort régulières.

L'écoulement franc a cessé le 8 ; il ne persiste que quelques gouttes rosées.

Levée et sortie le 15 juin. Depuis lors, tout va bien.

CONCLUSIONS

1° La grossesse extra-utérine peut se présenter deux fois chez la même femme.

2° La récurrence se fait en général dans la trompe du côté opposé, cependant nous pouvons citer deux cas : celui de Morfit où la récurrence se fit dans le moignon de la trompe enlevée à l'occasion de la première grossesse, et le cas de Taylor cité par Philander Harris dans lequel la récurrence se fit dans la trompe droite, la première grossesse avait eu lieu dans cette même trompe comme le démontra une cicatrice très nette lors de la suppression de l'annexe pour la récurrence.

3° Entre la première grossesse extra-utérine et la récurrence on peut observer une grossesse absolument normale.

4° Le diagnostic rétrospectif peut être fait non seulement par la présence d'un fœtus, mais encore par la présence de cellules déciduales et surtout de villosités choriales dans la tumeur enlevée.

5° Le diagnostic clinique a pu être fait avant toute rupture; dans ce cas il faut opérer dès que ce diagnostic

est sûr, sans essayer de faire courir à la malade les chances d'une longue rétention et les accidents qui peuvent s'en suivre.

6° Ce traitement est la laparotomie avec ablation du kyste foetal dans les premiers mois, plus tard les adhérences obligeront à faire la marsupialisation de la poche.

7° On pourra pratiquer l'élytrotomie : 1° quand le fœtus est mort depuis longtemps et qu'on a tout lieu de croire que la circulation placentaire a cessé ; 2° Quand le fœtus vivant, le sac foetal sera très accessible dans l'un des culs-de-sac vaginaux et que le placenta s'insérera sur la paroi abdominale ; 3° Lorsque le fœtus étant mort la cavité kystique contiendra du pus.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
LE DENTU.

VU : LE DOYEN,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- STRAUCH. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1899, p.55. Cinq cas de récidives de grossesses extra-utérines, par Strauch, privat-docent à la faculté impériale de Moscou.
- PUECH. — *Gaz. obstétricale*, 1879, n° 24.
- LAWSON TAIT. — *British medical Journal*, mai 1888, t. 1, page 1001.
- KLATSCH. — *American Journal of obstetric*, 1888, page 521.
- BOISLEUX. — *Thèse Roquet*, Paris 1892, n° 171.
- MOREAU. — *Thèse d'agrégation*, 1853.
- JOHN MORFIT. — *Medical News*, 2 juin 1900, page 869.
- PHILANDER-HARRIS. — Two cases of recurrent tubal pregnancy. *Medical News*, 14 avril 1900, page 561.
- ROSS. — Ectopic gestation occuring twice in the same Patient, two operations and two recoveries. *American Journal obstetrical*, décembre 1898, page 850.
- MURET. — Avortement tubaire et rupture de la trompe gravis. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1898, page 2, n° 195.
- ROQUET. — *Thèse*, Paris, 1892, n° 171.
- AUVARD. — *Traité pratique d'accouchements*, 4^e édit., 1898, page 561 et suivantes.
- RIBEMONT-DESSAIGNE. — *Précis d'obstétrique*, 5^e édit., 1900, page 884.
- PAQUY. — *Thèse*, Paris, 1897, n° 373.
- W. ZANGEMEISTER. — Drei Fälle von wiederholter Extrauterin gravidität bei derselben Frau (*Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynækologie*, Band XXXVIII, Heft 3, 1898. — In *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1899, page 356.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
